

NÍVEA MARIA RIBEIRO ROCHA DA CUNHA

**TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO
INCLUSIVA: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

Orientador: Prof. Doutor Emmanuel M.C.B. Sabino

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Instituto de Educação

Lisboa

2017

NÍVEA MARIA RIBEIRO ROCHA DA CUNHA

**TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO
INCLUSIVA: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 19 de Fevereiro de 2018 com o Despacho Reitoral nº 48/2018 com a seguinte composição de Júri:

Presidente: Professor Doutor Óscar Conceição Sousa

Arguente: Professora Doutora Sandra Queiroz

Orientador: Professor Doutor Emmanuel M.C.B. Sabino

Co-orientadora: Professora Doutora Rosa Serradas

Duarte

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Instituto de Educação

Lisboa

2017

A menos que modifiquemos nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.

Albert Einstein (1951)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sandra e Bento (*in memoriam*), que sempre me acompanharam em cada passo da minha vida, que sempre procuraram me dar o melhor, mesmo em condições de dificuldades e, principalmente, por me ensinarem que nada na vida é fácil e que tudo depende de superação, força e determinação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, presença constante em meus caminhos, sempre à minha frente me iluminando, atrás me protegendo e ao meu lado me amparando.

À minha querida mãe, Sandra, minha grande incentivadora, que sempre fez dos meus sonhos os seus objetivos e nunca mediu esforços para a realização dos mesmos.

Ao meu pai, Bento (*in memoriam*), que mesmo ausente em vários momentos da minha vida, me ensinou bastante, principalmente a ser a pessoa determinada que sou hoje.

Ao meu esposo, Guilherme Cunha, pelo companheirismo, cumplicidade e incentivo constante.

Às razões da minha vida, meus filhos amados, Nathália, João Guilherme e Maria Clara, pelas bênçãos com que iluminam todos os dias minha vida e pelo mais simples e singelo carinho.

Ao meu irmão, Bento Júnior, espelho de minha vida, por ser o melhor irmão que alguém pode ter.

À minha cunhada, Susane, pelo carinho e apoio em todos os momentos.

À minha sobrinha, Alice, por estar sempre presente na minha vida.

Ao meu orientador, Professor Doutor Emmanuel M.C.B. Sabino, pela dedicação, compreensão e incentivo para construção deste trabalho.

A todos os professores que me acompanharam nesta longa jornada, pela competência e dedicação nos ensinamentos compartilhados.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, através do seu Instituto de Educação, pela competência e ensinamentos que seus docentes partilharam com todos nós.

A todos os profissionais terapeutas ocupacionais que aceitaram participar do estudo.

Enfim, agradeço aos meus familiares e amigos pelo incentivo e amizade para realização deste trabalho e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo, o meu muito obrigada!

RESUMO

O profissional da Terapia Ocupacional, na perspectiva da Educação Inclusiva, está habilitado para contribuir no processo de construção e desenvolvimento do indivíduo com necessidades especiais, promovendo ações com a criança, família, professores e escola. Portanto, com a proposta de entender as intervenções terapêuticas ocupacionais, bem como os desafios encontrados nas práticas profissionais, a presente pesquisa teve como objetivo elencar as práticas desenvolvidas e os desafios encontrados pelo terapeuta ocupacional na educação inclusiva. A metodologia desenvolvida para o levantamento dos dados foi através da aplicação do questionário semiestruturado com os terapeutas ocupacionais. Participaram da pesquisa 11 (onze) terapeutas ocupacionais, desses 55% já trabalharam no processo de educação inclusiva, levando à conclusão de que as práticas mais desenvolvidas destinam-se às orientações específicas sobre uso de tecnologia assistiva e/ou mobiliário, além de orientações gerais ao professor na escola regular, seguida de orientação familiar em relação à escola e à inclusão. Foi constatado que os maiores desafios referem-se à falta de preparação, tanto do professor, para receber os alunos com necessidades especiais na sala de aula, como da equipe da escola regular, para o processo de inclusão escolar.

Palavras-chave: terapia ocupacional, educação inclusiva, contribuições e desafios.

ABSTRACT

From the perspective of Inclusive Education, an Occupational Therapist is qualified to be able to contribute towards the improvement and development of an individual who has special educational needs, by organising various activities with the child, his/her family, teachers and the school. So, with the purpose of understanding the occupational therapist's work as well as challenges to be found in this professional's services, the research undertaken herein intended to point out the various activities performed and the challenges that are to be found in inclusive education. The methodology used to gather information was by applying a semistructured questionnaire to the occupational therapists. Eleven (11) occupational therapists consented in participating in this research, of which 55% of them have already worked within the inclusive education process, which leads to the conclusion that the most commonly used activities are destined to specific guidance on how to use computer aided technology and/or furniture apart, also, from presenting teachers with general guidelines at regular schools, followed by providing advice to the child's family regarding school and inclusion. It was possible to understand that the greatest challenges refer to lack of training, both on the part of teachers, to receive and integrate children with special educational needs for classroom activities at regular school, as well as on the part of staff, for the inclusion process.

Keywords: Occupational Therapy. Inclusive education. Contributions and challenges.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1	Terapeutas ocupacionais e seu trabalho com educação inclusiva, em Teresina-Pi, no ano de 2015.	90
Tabela 1	Determinação do perfil das crianças quanto à idade e tipo de deficiência apresentada.	94
Tabela 2	Relação do terapeuta ocupacional com o processo de inclusão escolar	98
Tabela 3	Principais ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais no processo de inclusão escolar.	101
Tabela 4	Intervenções e ações bem sucedidas referidas nos depoimentos.	104
Tabela 5	Obstáculos e desafios à realização do trabalho do terapeuta ocupacional na inclusão escolar	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATO	Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais
AOTA	The American Occupational Therapy Association
AVDS	Atividades de Vida Diárias
CADEME	Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CEB	Câmara de Educação Básica
CEC	Comissões de Especialistas de Ensino
CEETO	Comissões de Especialistas de Terapia Ocupacional
CESB	Campanha para Educação do Surdo Brasileiro
CETO	Centro de Estudo de Terapia Ocupacional
CIFIS	Código Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
INES	Instituto Nacional de Surdos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SEE	Secretaria de Educação Especial
SEMES	Secretaria Municipal de Educação
SESU	Secretaria de Educação Superior
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WFOT	World Federation of Occupational Therapy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: ESCOLA, EDUCAÇÃO INCLUSIVA E TERAPIA OCUPACIONAL	20
1.1 Educação e Escola	20
1.2 O direito à Educação	22
1.3 Educação Inclusiva no Brasil	26
1.4 Terapia Ocupacional	36
1.4.1 O Objeto de Estudo: Atividade Humana	36
1.4.2 Conceituação	39
1.4.3 Fundamentos da prática profissional	52
1.4.4 Contexto Mundial	56
1.4.5 Contexto Nacional	70
1.4.6 Atuação do Terapeuta Ocupacional na Educação Inclusiva	73
CAPÍTULO II PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	81
2.1 Tipo de Pesquisa	81
2.2 Universo	83
2.3 Sujeitos	84
2.4 Instrumentos	85
2.5 Procedimentos	88
CAPÍTULO III APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES	I

INTRODUÇÃO

Ao falar em educação, somos lembrados de algumas questões importantes, como as relacionadas à educação inclusiva, cujo início se dá com o reconhecimento das diferenças entre estudantes e com as abordagens inclusivas ao ensino e à aprendizagem.

A inclusão social foi um movimento mundial bastante amplo que impulsionou a educação inclusiva, ganhando destaque no Brasil, em 1988, quando a Constituição Brasileira em vigor determinou que a educação é um direito de todos (Lourenço & Barboza, 2010).

Nessa perspectiva, para integrar a proposta de educação inclusiva, a escola regular deve ter seu conteúdo pedagógico direcionado para ações que atendam os alunos com necessidades especiais e garantam educação de qualidade, possibilitando atender as diversidades dos alunos.

Portanto, para atender a variação de demandas advindas dos alunos com necessidades especiais, a escola requer uma reorganização nas suas diversas esferas: estrutura física, planejamento pedagógico, adaptação curricular, entre outras, de modo que esses alunos possam ser assistidos em seus direitos e tenham um desenvolvimento escolar condizente com suas reais necessidades.

“Atualmente, a inclusão escolar é um dos temas mais discutidos no campo da educação. Pode-se constatar a sua incidência nas propostas nacionais e internacionais, nos discursos e ações de muitos governantes, e de grande parte das escolas e nas produções literárias, sejam elas científicas ou não. A mudança do modelo de integração/reabilitação que, por muito tempo, predominou na educação, para um modelo inclusivista/social trouxe consigo a ideia de que o déficit individual deixa de ser visto como de responsabilidade única do indivíduo que o apresenta e passa também a ser de responsabilidade do meio onde ele vive. Isso envolve aceitar as crianças com necessidades educacionais especiais como elas são, com suas diferenças individuais (Bueno, 2008; Mitler, 2003; Mendes, 2002; Martins, 2006 *apud* Trevisan e Barba, 2012, p.89).

As novas formas de organização escolar também foram discutidas em encontros promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como: Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais e Conferência de Salamanca, que influenciaram mudanças legislativas no Brasil no que se refere à educação inclusiva. Esses encontros proporcionaram firmar acordos de mobilização mundial para a garantia do direito à educação comum para todos e o respeito à diversidade (Cardoso & Matsukura, 2012).

Respeitar a diversidade por meio da educação inclusiva é um desafio, porque exige o empenho e o compromisso dos educadores, por meio de um ensino qualificado e condizente com as necessidades do indivíduo, bem como o compromisso dos representantes governamentais. Estes, responsáveis por apresentar e fazer valer as políticas públicas educacionais inclusivas e as de todos os cidadãos. Tal prática também não é diferente no ensino superior, no qual estudantes com necessidades especiais devem ter o apoio de práticas docentes pautadas em políticas públicas e, segundo Pereira, Santos & Silva, “ações compartilhadas capazes de orientar o educador na formação de sujeitos, valorizando a diversidade em todos os espaços e fazendo valer o verdadeiro sentido da inclusão.” (Pereira, Santos & Silva, 2011, p. 713).

Dessa forma, a educação inclusiva perpassa vários atores (governantes, professores, família) e instâncias (governo, escola, casa), levando-os a se comunicar para estabelecer caminhos de promoção de desenvolvimento educacional e espaços adequados que atendam às demandas das crianças. Ressalta-se, ainda, o desafio da relação entre crianças com deficiência e aquelas ditas normais, como indispensável para o respeito e a aceitação do ‘diferente’.

“Temos como hipótese que a experiência de convívio entre crianças com deficiência ou outras diferenças significativas e aquelas ditas normais, juntamente com uma equipe envolvida no trabalho da escola, pode ter um poder transformador nas relações estabelecidas, tendo como resultado o aprendizado da valorização e do respeito às diferenças e a diminuição do preconceito e da discriminação entre todos aqueles que participam do trabalho educativo.” (Sekkel, *et al.*, 2010, p.118).

Com o surgimento da educação inclusiva no Brasil, surge a Terapia Ocupacional com a perspectiva de atuar com os atores e as instâncias mencionados, contribuindo com o

desenvolvimento da autonomia e da independência da criança, além de inserir nesse âmbito da educação a Terapia Ocupacional como categoria profissional.

“...a inserção da Terapia Ocupacional no campo da Educação se fez através da chamada "Educação Especial", voltada para pessoas com deficiências, em instituições educacionais especializadas, segregadas da rede regular de ensino, ou ainda, do trabalho desenvolvido nas denominadas "classes especiais" dirigidas a populações específicas: estudantes com deficiência mental, física, visual, auditiva ou transtorno do desenvolvimento.”
(Rocha, 2007, p.123).

Inclusive, de acordo com Cardoso & Matsukura, “a inserção dos terapeutas ocupacionais no processo de inclusão escolar parece ser uma consequência da comunicação da profissão com a educação especial e com os processos de inclusão social em geral.” (Cardoso & Matsukura, 2012, p. 8). Seu trabalho respalda-se na Resolução nº 2 de 2001, que se refere à inserção e ao suporte de profissionais da área da saúde na educação inclusiva e também na recente Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008a).

As práticas profissionais da Terapia Ocupacional são desenvolvidas no âmbito da saúde, da assistência social e da educação, contribuindo de maneira eficiente na atenção à saúde da sociedade em geral. Atualmente, é uma profissão regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Além disso, os terapeutas ocupacionais realizam suas atividades no intuito de favorecer o processo de autonomia e de independência aos indivíduos que apresentam limitações no desenvolvimento das atividades de vida diária, atividade instrumental de vida diária, trabalho e lazer, seja por apresentar dificuldades e/ou incapacidades físicas, mentais e/ou sociais (Cardoso & Matsukura, 2012).

Considerando que a Terapia Ocupacional presta assistência a pessoas que apresentam dificuldades decorrentes de limitações intelectuais, físicas, mentais, cognitivas e ou sociais, torna-se indispensável que o ambiente escolar, de qualquer nível, esteja vinculado aos serviços desses profissionais, possibilitando-lhes atender às pessoas que necessitem de suporte para desenvolver suas atividades cotidianas, dentre elas atividades voltadas para o

ambiente escolar. Logo, a atuação da Terapia Ocupacional no âmbito escolar tem suas práticas condizentes com as perspectivas da educação inclusiva.

Lourenço & Barboza (2010) afirmam que, embora tenha suas práticas consolidadas na reabilitação, a Terapia Ocupacional, para realizar um serviço em concordância com a educação inclusiva, precisa voltar-se para o entendimento da inclusão social como peculiar ao processo de desenvolvimento da pessoa com necessidades especiais.

Sendo assim, atualmente, as ações da Terapia Ocupacional na Educação Inclusiva requerem uma reflexão sobre os objetivos que promovam de fato a inclusão social, considerando que o processo de reabilitação se faz necessário; entretanto, esse não pode ser desenvolvido como único objetivo, mas paralelo ao processo de inclusão.

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, nas quais se lê, em seus artigos 1º e 2º:

“Art. 1º. A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Art. 2º. A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.” (Brasil, 1996).

Nessa perspectiva, entende-se que a educação deve manter uma relação direta com o trabalho, com a cultura e os movimentos sociais, e ultrapassar o contexto escolar, a relação com a família e o estado, favorecendo o desenvolvimento acadêmico e a garantia dos direitos à cidadania de cada indivíduo, mediante as particularidades de seu aprendizado.

Portanto, o direito à educação deve ser garantido não somente para aqueles que se desenvolvem dentro dos padrões da ‘normalidade’, mas também para as pessoas que apresentam alguma deficiência, seja ela física, mental, intelectual ou sensorial. Pessoas nessas condições revelam a necessidade de educação especial, na qual as escolas possam oferecer espaços físicos adequados e adaptados para facilitar o acesso aos diversos ambientes escolares, além de propostas pedagógicas específicas e planejadas para o entendimento e o

desenvolvimento do aprendizado. E, ainda, adaptação de mobiliário, entre outras modificações ou adequações no ambiente escolar fundamentais ao desenvolvimento intelectual dessas pessoas (Harlos, Denari & Orlando, 2014).

Portanto, a educação especial deve ser oferecida a todos aqueles que apresentarem necessidades, de acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Essa, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, afirma em seu Art. 58 que a educação especial é “A modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.” (Brasil, 1996).

De acordo com a UNESCO (1994), *apud* Trevisan e Barba (2012):

[...] as escolas devem acolher todas as crianças, independente das suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras [...] As escolas têm que encontrar a maneira de educar com êxito todas as crianças, inclusive as com deficiências graves (UNESCO, 1994, p.17-18, *apud* Trevisan e Barba, 2012, p.90).

Para que sejam garantidos os direitos dos educandos, os sistemas de ensino assegurarão aos educandos que têm necessidades especiais, de acordo com o que estabelece a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, as diretrizes e bases da educação nacional, em seu Art. 59:

- “a) currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica, para atender às suas necessidades;
- b) terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;
- c) professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;
- d) educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;

e) acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.” (Brasil, 1996).

Com base nessas orientações, percebe-se a necessidade de as escolas adequarem-se ao contexto da educação especial, possibilitando uma educação inclusiva para essas pessoas, e, para tanto, torna-se peculiar a contribuição dos profissionais envolvidos nesse processo.

Dessa maneira, a presente pesquisa foi idealizada após constatar a pouca atuação do terapeuta ocupacional nas escolas, o que pode ser explicado pela falta de compreensão e de conhecimento (dos gestores, professores e família) das práticas desenvolvidas por esse profissional no ambiente escolar. Segundo Rocha (2001), ao avaliar a atuação da terapia ocupacional no processo de inclusão escolar informa que “se encontrava restrita ao acompanhamento de alunos em escolas especiais ou em instituições relacionadas ao atendimento clínico, que preparavam os indivíduos para uma inserção social ainda pouco voltada para a escola comum” (Rocha, 2001, *apud* Cardoso e Matsukura, 2012), fato que vem de encontro às minhas observações, uma vez que as pessoas com necessidades especiais têm atendimento terapêutico ocupacional restrito no ambiente escolar. Para o tema proposto, não foram localizadas fontes bibliográficas locais. Entretanto, em nível nacional, foram localizadas algumas pesquisas com a mesma temática, a referir: Cardoso e Matsukura (2012) em Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar, Lourenço e Barboza (2010) em Possibilidades de ação do terapeuta ocupacional na educação infantil: congruência com a proposta da educação inclusiva, Rocha (2007) em A Terapia Ocupacional e as ações na educação: aprofundando interfaces, Trevisan e Barba (2012) em Reflexões acerca da atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais, Sekkel, *et al.*, (2010), Ambientes inclusivos na educação infantil: possibilidades e impedimentos.

Pensando nessas limitações, considera-se importante o desenvolvimento desta pesquisa por permitir conhecimentos acerca das práticas do profissional terapeuta ocupacional no processo de educação inclusiva, sendo esta realizada ou não no espaço físico da escola, mas que contribuíssem no processo educacional, considerando o acesso a informações pela

equipe de profissionais que atuam diretamente ou indiretamente nesta área: professores e demais membros da escola, familiares e sociedade em geral.

Além de atender uma demanda de políticas de educação inclusiva, permitindo o acesso a pessoas especiais em escola regular, por meio das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, a Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determina que:

“Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qual a idade para todos.” (Brasil, 2001, p.1).

Com base nessa resolução, as escolas devem atender todos os alunos, independente de necessitarem ou não de atenção especial. Uma vez habilitado em sua formação acadêmica para assistir pessoas com necessidades especiais, as práticas do terapeuta ocupacional tornam-se salutaras no processo de educação inclusiva.

Considerando, também, que, no município de Teresina existe apenas uma escola privada com esse profissional atuando, torna-se pertinente a pesquisa para que, depois de apresentados os dados que haverão de ser colhidos, outras escolas, públicas e privadas, tenham o conhecimento das atuações e das contribuições desse profissional como facilitador no processo da educação inclusiva. Além disso, a pesquisa pode contribuir, também, como fonte de informação em órgãos públicos e privados para inserção do terapeuta ocupacional nas escolas.

Observando a problemática referida anteriormente, foi realizada uma pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo com profissionais terapeutas ocupacionais do estado do Piauí, atuantes ou não com a educação inclusiva, utilizando-se um roteiro de questionário. A elaboração do questionário foi baseada na pesquisa de Cardoso, P. T. e Matsukura, T. S. (2012). “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”. In: *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*. 23. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php>.

Pensando o contexto terapêutico ocupacional no processo da educação inclusiva no município de Teresina, emergiram os seguintes questionamentos: quais as contribuições e os desafios do terapeuta ocupacional na educação inclusiva? Quais abordagens são utilizadas pelo terapeuta ocupacional no âmbito escolar na perspectiva da educação inclusiva? Qual a importância das práticas do terapeuta ocupacional para a educação inclusiva?

Procurando responder tais questionamentos, tem-se como objetivo geral do estudo: observar os vários desafios e apresentar as contribuições que o terapeuta ocupacional pode trazer à educação inclusiva; e, como objetivos específicos: descrever a atuação da Terapia Ocupacional no processo da Educação Inclusiva; estudar para apresentar as abordagens utilizadas pelo terapeuta ocupacional no âmbito escolar na perspectiva da Educação Inclusiva; relacionar a importância das práticas desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional com a pessoa com deficiência, a escola e a família.

Descobertas, com segurança, as várias situações que faltam, mas que podem ser corrigidas, espero poder apresentar, ao final da pesquisa, propostas referentes a como o terapeuta ocupacional pode contribuir para melhorar na integração da pessoa com necessidades especiais na escola, bem como identificando os seus desafios e contribuições, dentre os desafios, considero o mais provável o pouco conhecimento da atuação do terapeuta ocupacional, e dentre as contribuições, considero a identificação dos benefícios para o desenvolvimento de aprendizagem da criança com necessidade especial, além de propor ações tanto a docentes e direção da escola, trazendo-lhes mais informações sobre como o terapeuta ocupacional pode ser um seu parceiro útil.

Contudo, ressalto que minhas práticas profissionais, atualmente, são voltadas para crianças que apresentam necessidades especiais, em ambientes de ambulatorial, em anos anteriores atuei com crianças especiais em orfanatos e instituição filantrópica.

CAPÍTULO I: ESCOLA, EDUCAÇÃO INCLUSIVA E TERAPIA OCUPACIONAL

1.1 Educação e Escola

A educação pode configurar-se em perspectivas que vão além da escolar, estando presente em processos de socialização que permeiam contextos do ser humano no seu processo de construção de identidade e singularidade.

“A educação é um fenômeno social complexo, pois que toda a organização e funcionamento da sociedade constituem-se em uma situação educativa, na medida em que representam as manifestações das produções e criações humanas veiculadas por meio das relações sociais. A origem da educação confunde-se com as origens do próprio homem, quando os processos educativos coincidiam com o próprio ato de viver e sobreviver.” (Araújo & Almeida, 2005, p.25).

Além do fenômeno social, informado por Araújo & Almeida na citação acima, a educação também está presente no amparo à formação cultural das pessoas, uma vez que, é subsidiada pelas manifestações das relações humanas (por exemplo, na vida familiar, social e profissional).

“A relação entre educação e escola é estreita; porém, não dependente: há uma distinção entre a educação escolar e aquela que ocorre fora da escola, apesar de fazermos parte de um processo social amplo que é influenciado e influencia relações sociais complexas e, em última, a vida particular das pessoas. Na medida em que cada cultura e sociedade caracterizam-se de forma distinta, pode-se considerar a ocorrência de ‘educações’, pois que a educação não se apresenta de uma única forma.” (Araújo & Almeida, 2005, p.25)

Portanto, a educação vai além do contexto escolar, adentrando espaços sociais do ser humano, que se constrói e se (re)constrói a cada nova experiência e por meio de demandas surgidas na vida das pessoas. A escola, nesse processo, configura-se como um espaço que contribui para o desenvolvimento educacional, mas não necessariamente o único.

“Esse processo educacional desdobra-se, então, em várias dimensões, tendo tanto a função de transmitir a

cultura e o conhecimento acumulado, quanto de despertar potencialidades, reflexões, criticidades acerca da realidade e das potencialidades de sua modificação. A educação assim compreendida no bojo da cultura e, por isso mesmo, sujeita a tantas ambivalências, aborda não só aspectos relativos aos conhecimentos informais ou científicos como também inúmeros outros ligados às construções afetivas, relacionais, criativas.” (Araújo & Almeida, 2005, p.26)

Conforme Codo & Vasques-Menezes, 1999 *apud* Araújo & Almeida, (2005):

“Educar, portanto, é o ato mágico e singelo de realizar uma síntese entre o passado e o futuro. Educar é o ato de reconstruir os laços entre o passado e o futuro, ensinar o que foi para inventar e re-significar o que será”. (Codo & Vasques-Menezes, 1999 *apud*, Araújo & Almeida, 2005, p 26).

A educação na escola se sustenta com regulamentação por meio de leis que permitem estruturas e organização própria para atender às demandas educacionais em seus diversos aspectos de aprendizagem. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), publicada em dezembro de 1996 (Lei Nº 9394/96), distingue dois conceitos fundamentais: educação e educação escolar, conforme segue:

“Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.
§ 1º Esta Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias.
§ 2º A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social.” (Brasil, 1996)

Com base nas informações acima, entende-se que a educação perpassa contextos diversos, a saber: o contexto familiar, na medida que o indivíduo, no processo de educação, responde/obedece às regras próprias na vida familiar. Além do contexto exemplificado anteriormente, a educação também vai de encontro ao contexto escolar, caracterizado principalmente por aspectos profissionais e sociais.

O contexto escolar, com suas regras peculiares ao processo de desenvolvimento de aprendizagem, relaciona-se ao ensino da ciência e do científico, pois ao tempo que apresenta a

ciência em forma de conteúdo e conhecimento vem fragmentar a produção científica através das disciplinas diversas, gerando uma fragilidade no entendimento científico. Contudo, a escola, segundo Araújo & Almeida:

“É uma instituição com condições muito específicas, cujos critérios decorrem do conhecimento baseado nas ciências; entretanto, muitas vezes, ao priorizar o processo de produção científica, a escola segmenta a ciência e a distancia da realidade, fragmentando o real em parte explicáveis por disciplinas escolares.” (Araújo & Almeida, 2005, p.28)

Contudo, a educação e a escola se encontram, tornando-se complementares uma da outra, uma vez que a escola contribui para o processo de educação do ser humano. A educação, por sua vez, além de fazer parte do contexto escolar, torna-se também mais ampla, pois abrange outras áreas e outros contextos sociais, tais como aspectos familiares, relações interpessoais, ambientes de trabalho, ser conhecedor dos direitos e deveres enquanto ser humano inserido em sociedade, cultura, dentre outros. Saviani (2011) acrescenta que “a educação não se reduz ao ensino e não é um fenômeno restrito ao espaço escolar, ela tem como especificidade a seleção e transmissão de diferentes saberes, específicos para cada espaço onde é praticada: família, igreja, sindicato, escola etc”. (Saviani, 2011).

1.2 O direito à Educação

O direito à educação sempre foi tema de muitos debates e polêmicas, pois as oportunidades educacionais, conforme Gentili, “tornam-se mais desiguais em um sistema escolar institucionalmente mais complexo e heterogêneo, menos igualitário e mais polarizado, formado por uma organização onde os bens educacionais estão longe de se constituir em sua condição de direitos iguais.” (Gentili, 2009).

A educação escolar, embora seja um direito para todos, apresenta-se limitada para vários grupos da sociedade, como é caso das pessoas com necessidades especiais, que legalmente estão amparadas, mas na prática a condição de acesso à educação escolar é

fragilizada, uma vez que a escola nem sempre apresenta condições ideais para receber e propiciar educação a todos, levando-nos a referir, inclusivamente, a pouca ou por vezes ausente capacitação dos professores e bem como a falta de estruturas físicas adequadas.

Sobre o direito à educação, Gentili afirma que:

“Na América Latina, todos têm formalmente o mesmo direito à educação sem distinção...desta forma, a violação desse direito a um único indivíduo supõe o questionamento de tal direito a todos os indivíduos... ou seja, não há inclusão social que possa ser parcial, sendo esta mais que a soma dos fragmentos de espaços nos quais se conquista uma promessa integradora.” (Gentili, 2009)

Contudo, o direito à educação vai além do estar na escola, mas ser parte da escola, desenvolver-se como ser ativo e integrativo no processo ensino-aprendizagem.

Nessa perspectiva, Sekkel, *at al* acrescenta:

Estar incluído não é apenas estar presente, é também ter suas necessidades percebidas e acolhidas pelos outros, é trabalhar junto, em um ambiente permeado pela confiança, pelo cuidado e pela reflexão. Buscar construir um espaço em que a diferença possa existir não significa negar nossas dificuldades de relacionamento com os outros e os nossos preconceitos, mas , pelo contrário, admitir que esses sentimentos estão presentes, de modo que possamos refletir sobre suas origens e as formas de superá-los, (Serkkel, 2003, *apud* Serkkel, 2010, p.119)

Sendo assim, independente das condições de vida do ser humano, este deve ser tratado com igualdade, respeito, dignidade e, sobretudo, em condições de ambientes adequados para o máximo de sua autonomia e independência, podendo ir e vir sem, entretanto, ser vítima de exclusão social e/ou de limitação de acessibilidade.

Segundo Fischmann (2009), assinada em 1948, após a Segunda Guerra Mundial, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi um grande marco na conquista dos direitos humanos, pois institui condições dignas aos seres humanos, baseadas em princípios básicos à sua existência. Essa declaração também propicia “um processo de internacionalização dos direitos humanos ... no sentido de expandir, cada vez mais, tudo que permita que, no mundo,

cada vez mais seres humanos possam viver em condições dignas, garantindo o primado de que sejam todas e todos livres e iguais” Fischmann (2009, p. 157).

Sendo assim, a declaração surge para a criação de mecanismos capazes de “proteger o homem contra o homem, nas nações contra nações e sempre que o homem e nações se arroguem o poder de violar direitos.” (Brasil, 1990, p. 7)

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seus Arts. 206 e 208 estabelece que:

Art.206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; [...].

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, assegurada, inclusive, sua oferta gratuita para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

II – progressiva universalização do ensino médio gratuito; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 14, de 12/09/96);

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;

IV - educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade; (Redação alterada pela Emenda Constitucional nº 53, de 19/12/2006);

V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um;

VI - oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando;

VII - atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

§ 1º O acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo;

§ 2º O não-oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente;

§ 3º Compete ao Poder Público recensear os educandos no ensino fundamental, fazer-lhes a chamada e zelar, junto aos pais ou responsáveis, pela frequência à escola.” (Brasil, 1988).

No Brasil, com a sua Constituição de 1988 se pode entender haver em seu articulado olhar que entende progressão quanto ao direito que reconhece a todos os seus cidadãos de terem acesso à educação. A CRFB/88 estabelece princípios, fixa percentual de recursos

orçamentários tanto do governo federal, como dos estados e a universalidade, sem olhar a condição, raça, gênero ou religião, dos cidadãos brasileiros, à educação de qualidade, em condições dignas de usufruir.

Nessa perspectiva, Gentilli afirma que:

“A inclusão da educação como um direito humano fundamental supôs o reconhecimento de uma série de questões associadas e indissolúvelmente unidas a esse direito... o fato incontestável é que a afirmação do direito à educação, como um direito humano fundamental, estava associada ao reconhecimento das condições indispensáveis para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.” (Gentilli, 2009)

Pensar em educação como direito humano é refletir sobre o término da discriminação e do preconceito, pois esses marcam profundamente a vida de uma pessoa, principalmente daquela que sobrevive à margem da sociedade. Sendo assim, é necessário fazer um alerta para os processos de inclusão, que devem estar entrelaçados aos direitos humanos.

Segundo Azevedo (2008), é fundamental o reconhecimento do direito à educação de forma plena e consciente, evitando negar ou dificultar o acesso à educação aos menos favorecidos social e economicamente, possibilitando processo de inclusão escolar que atenda às reais necessidades dos indivíduos.

Gentilli argumenta que a educação como direito:

“É a base, o início e, ao mesmo tempo, a aspiração e o ponto de chegada de toda luta pela justiça social e pela igualdade, de toda luta contra a humilhação e o desprezo aos quais são submetidos milhões de seres humanos por terem nascido pobres.” (Gentilli, 2009)

Dessa forma, fica evidente que a educação, enquanto direito do indivíduo, é a conquista do espaço ao qual todos possam ter acesso e que a aprendizagem possa de fato permear o desenvolvimento intelectual das pessoas, independente das suas limitações e/ou potencialidades individuais e/ou coletivas, mas como seres sociais.

Relativamente ao acesso à educação, para Cury:

“não há país no mundo que não garanta, em seus textos legais, o acesso de seus cidadãos à educação básica. Afinal, a educação escolar é uma dimensão fundante da cidadania, e tal princípio é indispensável para políticas que visam à participação de todos nos espaços sociais e políticos e, mesmo, para reinserção no mundo profissional” (Cury, 2002, p.246)

Dentre os direitos pétreos estabelecidos em várias Constituições de países mundo afora, do homem, está o do direito à educação, que é um dos mais importantes, considerado pré-condição para a ocorrência dos demais direitos do cidadão, uma vez que a pessoa precisa ser educada para que possa desfrutar verdadeiramente dos outros direitos dos homens (Corrêa, 2004), de modo que, fortalecido no conhecimento dos seus direitos, por meio da educação, possa se tornar agente mais ativo e participativo na sociedade.

A dicotomia direito à educação e acesso a ela, por mais que a escola se tenha modernizado, ainda é uma realidade que não contempla a todos, pois, embora se tenha avançado no acesso à escola, se observou, também, limitações diversas, dentre elas: condições de espaços físicos desadequados, propostas pedagógicas acessíveis, professores efetivamente capacitados, entre outras. Portanto, muitos avanços nos direitos à educação foram feitos, mas com necessidade de avançar no acesso igualitário e que atenda, de fato, os direitos humanos assistidos a todas as pessoas.

1.3 Educação Inclusiva no Brasil

A ignorância, o medo, o preconceito e os tabus durante séculos foram responsáveis por manter afastadas do convívio social as pessoas com deficiências. Os sentimentos predominantes que os deficientes provocavam nos outros eram de vergonha, de medo e de incômodo ... Até o século XIX, não houve qualquer preocupação com o aspecto educacional dos deficientes. A história da Educação Especial no Brasil nos mostra que o período compreendido entre os anos de 1800 e 1950 foi marcado por iniciativas oficiais e particulares isoladas. A proteção e o cuidado, nessa ocasião, possuíam o caráter assistencialista. (Corrêa, 2004, p.42).

Até meados do século XX, as pessoas portadoras de deficiências não eram consideradas credoras de direitos que lhes garantissem ser tratadas como entidades capazes de fazerem parte da sociedade, em termos ativos, produtivos, pois, pese embora suas limitações, eles podem efetivamente contribuir de modo muito positivo e útil à sociedade.

É, mesmo assim, no decorrer do XX, que pode-se considerar que realmente tem início a educação de pessoas com deficiência, sendo que a segunda metade desse século foi marcada por iniciativas oficiais de âmbito nacional brasileiro, por meio de campanhas específicas para o atendimento das pessoas com deficiência auditiva, visual e mental (Azevedo, 2008).

1957-Foi criada a Campanha para Educação do Surdo Brasileiro (CESB), instalada no Instituto Nacional de Surdos (INES);
1958-Foi criada a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes da Visão;
1960-Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais (CADEME);
1971-Aprovação da Lei nº 5.692/71 que em seu Art. 9 previa tratamento especial aos excepcionais. (Brasil, 2005, p.37, 38 e 41)

Contudo, iniciam nesse período campanhas e leis que fomentavam a sociedade para garantir educação digna e igualitária à todos. As pessoas com necessidades especiais passavam a ter acompanhamento e tratamento especializado, permitindo um direcionamento que de fato atendessem as individualidades e necessidades dessas pessoas.

É importante considerar que diversos grupos da sociedade se articularam devido à preocupação com a problemática das pessoas excluídas, as quais se encontravam em condições de desvantagem. O principal propósito dessa articulação foi a busca de formas de garantir a igualdade de direito de acesso aos bens e serviços sociais (Baptista, 2006).

Alonso (2013) informa ainda que “até o início do século 21, no sistema educacional brasileiro só existia duas opções de serviços: a escola regular e a escola especial, ou seja, ou o aluno frequentava uma, ou a outra.” (Alonso, 2013). Referente às escolas inclusivas, Carvalho (2006), afirma:

As escolas inclusivas são escolas para todos, o que implica um sistema educacional que reconheça e atenda às diferenças individuais, respeitando as necessidades de qualquer dos alunos. Sob essa ótica, não apenas portadores de deficiências seriam ajudados e sim todos os alunos que, por inúmeras causas, apresentem dificuldades de aprendizagem ou no desenvolvimento. (Carvalho, 2006).

Nessa perspectiva, a escola inclusiva caracteriza-se por buscar uma nova maneira de entender as respostas educativas, voltando-se para atender a diversidade de pessoas, com demandas e necessidades individuais, ou seja, o grande benefício desse tipo de educação é o direito de acesso a escolas de qualidade, com profissionais capacitados para permitir o desenvolvimento e a aprendizagem educacional a todos, implicando, dessa forma, em mudanças de atitude diante das diferenças.

Desde a década de 1980, a Educação Inclusiva no Brasil é uma temática de intensas discussões. De acordo com Cardoso & Matsukura:

“A inclusão social discutida sob a perspectiva da educação traz a proposta da inclusão escolar, um dos principais desafios da escola atualmente, uma vez que representa transformações paradigmáticas, legislativas e cotidianas de alto impacto na estrutura educacional.” (Cardoso & Matsukura, 2012, p.40)

Com o passar dos anos, a educação inclusiva ganhou impulso na luta para mudanças de meios integrativos, conforme citado acima as campanhas (dentre elas a de reabilitação de deficiência visual e a reabilitação de deficiente mental), aprovação de leis (por exemplo, a que contempla tratamento especial aos excepcionais), presentes por um longo período, dando enfoque no pensamento de meios inclusivos, na qual o indivíduo precisa ser aceito com suas singularidades, suas incapacidades e, principalmente, dispor de espaços para desenvolver suas habilidades, respeitando-se suas potencialidades e limitações, em que as instituições sociais (família, escola e sociedade) tornem-se responsáveis por esse desenvolvimento.

Pensando em respaldar a educação inclusiva no Brasil, no ano de 2000, o Conselho Nacional de Educação (CNE) promulgou a resolução que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, regulamentando os artigos presentes na Lei de

Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394/96, “que já instituiu a Educação Especial como modalidade educacional, sendo incluídos os alunos com necessidades especiais na rede pública iniciando desde a educação infantil, ou na faixa etária entre zero e seis anos.” (Garcia & Michels, 2011).

Dessa maneira, a LDB nº 9.394/96 complementou a Resolução CNE/CEB 2/2001, em seu artigo 7º, que “indicou a educação de sujeitos com necessidades especiais na escola regular” e ganhou estatos por “normatizar no Brasil as premissas inclusivas que estavam no debate internacional e, ao mesmo tempo, expressou o modo pelo qual a política nacional incorporou um conjunto de ideias que se firmaram como hegemônicas no campo da Educação Especial” (Garcia & Michels, 2011).

Os avanços educacionais voltados para pessoas com necessidades educacionais tomaram rumos norteadores através da LDB, uma vez que o acesso à escola estava amparado por lei, a exemplificar a LDB nº 9.394/96 permitindo que a educação especial se torne tangível no processo de ensino-aprendizagem dessas pessoas.

A Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: “Acesso e Qualidade”, realizada em Salamanca, em 1994, teve como objetivo reunir governos e organizações para promover a Educação para Todos, sendo impulsionada pela necessidade educacional especial de todas as crianças, jovens e adultos. Tal Declaração teve como inspiração questões relacionadas à integração e à necessidade de escolas que incluam a todos (Almeida, 2009), a referir o direito fundamental à educação e à singularidade no processo de aprendizagem.

Segundo Amaro (2009), ao assinarem a Declaração surgida do encontro em Salamanca, os países que dele participaram aceitavam assumir a responsabilidade de instituir um sistema educacional com orientação inclusiva, com os objetivos e as orientações da proposta de Educação para Todos que originaram desse encontro em território espanhol.

Para Mittler (2003), um dos principais motivos para a Conferência de Salamanca ser considerada um marco histórico está diretamente relacionado ao fato de lembrar aos

“governos que as crianças portadoras de deficiência devem ser incluídas na agenda da Educação para Todos” (Mittler, 2003, p 40). Esse grupo mais amplo inclui as crianças:

“- Que vivem nas ruas ou que são obrigadas a trabalhar em condições, muitas vezes, estarrecedoras;
- Que são vítimas de guerras, doenças e abusos;
- De comunidades longínquas e nômades;
- De outros grupos sociais em desvantagem e grupos sócias marginalizados;
- Portadoras de deficiência ou com altas habilidades. Esclareceu a filosofia e a prática da inclusão resultou em um compromisso da maioria dos governos para trabalhar pela educação inclusiva.” (Mittler, 2003, p.43)

O documento da Declaração de Salamanca (1994) proclama que:

- Todas as crianças, de ambos os sexos, têm direito fundamental à educação, e que a elas deve ser dada a oportunidade de obter e manter um nível aceitável de conhecimentos;
- Cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprios;
- Os sistemas educativos devem ser projetados e os programas aplicados de modo que tenham em vista toda a gama dessas diferentes características e necessidades;
- As pessoas com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas comuns que deverão integrá-las numa pedagogia centralizada na criança, capaz de atender a essas necessidades;
- As escolas comuns, com essa orientação integradora, representam o meio mais eficaz de combater atitudes discriminatórias, de criar comunidades acolhedoras, construir uma sociedade integradora e dar educação para todos; além disso, proporcionam uma educação efetiva à maioria das crianças e melhoram a eficiência e, certamente, a relação custo-benefício de todo o sistema educativo (Declaração de Salamanca, 1994).

Dessa maneira, no intuito de mediar as propostas saídas da Conferência de Salamanca para o âmbito educacional, o Brasil e outros países concordaram em realizar ajustes efetivos e necessários que garantissem aos alunos com deficiência o direito a se matricular e a participar de todos os níveis e modalidades da escola regular (Brasil, 2009).

O texto da Declaração dessa Convenção traz, em suas premissas, considerações a respeito do que deve ser interpretado como deficiência e discriminação, bem como características do que deve ser entendido como não discriminação.

Tal texto foi aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro, por meio do decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, e objetiva pôr em prática as “medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade” (Brasil, 2001).

Outra referência importante para a educação inclusiva é a Carta para o Terceiro Milênio, aprovada no dia 9 de setembro de 1999, em Londres, Inglaterra, pela Assembleia Governativa da Rehabilitation International, “que visa à proteção dos direitos das pessoas com deficiência mediante o apoio pleno a inclusão” (Menegotto *et al.*, 2010, p.156)

A Carta para o Terceiro Milênio solicita compromisso dos países membros para que promulguem a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A carta faz referência aos direitos humanos das pessoas com deficiência, para que, de forma igualitária aos direitos de todos da sociedade que não sofram de qualquer deficiência física ou outra, todos merecem ser ‘protegidos e reconhecidos’ como úteis à sociedade e que ocorra o mais plenamente possível, sua inclusão social.

Acrescenta, ainda, os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, estabelecendo:

- a) O respeito pela dignidade inerente, à autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;
- b) A não-discriminação;
- c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;
- d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
- e) A igualdade de oportunidades;
- f) A acessibilidade;
- g) A igualdade entre o homem e a mulher;

h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade. (Brasil, 2009).

A Convenção, integrada em 2008 à legislação brasileira, vem amparar as pessoas com deficiência e garantir condições acessíveis ao desenvolvimento físico, mental, social e intelectual, gerando a oportunidade de superar as suas limitações. A mudança da visão médica para visão social, proposta pela convenção, permite a compreensão que a deficiência não é fator decisivo que impeça o desenvolvimento das pessoas, pois estas podem, devem e são capazes de ser pessoas potencialmente capazes de estudar, trabalhar e ter vida social ativa e participativa. Não sendo a deficiência o motivo que incapacite o indivíduo, antes, sim, o meio no qual está inserido é que deve ser adaptado às suas condições.

Acerca da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva, (Brasil, 2008, *apud* Garcia & Michels, 2011) ressaltam que:

Os anos finais da década (2008, 2009 e 2010) foram decisivos para a definição de uma mudança de curso nas diretrizes da política para o setor no Brasil. Dentre as redefinições, o documento orientador Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva alterou a compreensão acerca da população a ser atendida pela Educação Especial, embora mantendo a terminologia "alunos com necessidades especiais". Tais alunos são compreendidos como aqueles que apresentam deficiências, altas habilidades e transtornos globais do desenvolvimento. (Brasil, 2008 *apud* Garcia & Michels, 2011).

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva incorporada por normatizações que asseguram os direitos das pessoas com necessidades especiais, garantindo o acesso integral a todos em todos os âmbitos da sociedade, permitindo a essas pessoas desenvolver suas potencialidades através de espaços e recursos adaptados com estruturas físicas acessíveis, recursos didáticos adequados a cada demanda, profissionais capacitados, entre outros.

Já em 2008, percebemos uma redefinição no conceito, conforme segue:

“A educação especial é uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular.” (Brasil, 2008a)

Para Toyoda & Lourenço (2008), a educação especial é definida como:

“A modalidade de ensino que se caracteriza por um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais organizados para apoiar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo garantir a educação formal dos educandos que apresentam necessidades educacionais muito diferentes da maioria das crianças e jovens. Tais educandos, também denominados de ‘excepcionais’, são justamente aqueles que hoje têm sido chamados de ‘alunos com necessidades educacionais especiais’. Entende-se que tais necessidades educacionais especiais decorrem da defrontação das condições individuais do aluno com as condições gerais da educação formal que lhe é oferecida.” (Toyoda & Lourenço, 2008, p.45).

Observando-se as definições anteriores sobre educação especial, fica evidente a necessidade de se ampliar as definições e, assim, entender todas as ações a serem realizadas decorrentes dos objetivos desse tipo de educação, pois o aluno necessita de recursos adaptados para favorecer seu desenvolvimento educacional e metodologias adequadas e direcionadas para atender as diversidades de demandas, pois a pessoa com necessidades especiais apresenta suas singularidades para aquisição do domínio das aprendizagens curriculares.

Ao longo do governo do então Presidente do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), segundo Garcia & Michels (2011), aconteceu que:

A Política Nacional de Educação Especial ganhou novos contornos mediante três programas de governo, dois voltados para a Educação Básica e um para a Educação Superior:

- 1) Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais;
- 2) Programa Educação Inclusiva: direito a diversidade;
- 3) Programa Incluir.

Tais programas contribuíram sobremaneira para a expansão dos fundamentos inclusivos na política de Educação Especial no Brasil na última década. (Garcia & Michels, 2011)

O Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais é executado através de salas preparadas com dispositivos de informática e recursos de estudos didáticos adaptados às demandas das pessoas com necessidades especiais; já o “Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade” voltado para transformar o ensino inclusivista, através da formação de professores e gestores; por último, o “Programa Incluir” garante que as pessoas com deficiência tenham acesso às instituições federais de ensino superior, nas quais a academia intervém através do núcleo de acessibilidade, identificando alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem que venham a comprometer o desempenho acadêmico e articulando ações que venham transpor essas dificuldades, garantindo pleno desenvolvimento acadêmico. Tais ações são embasadas em disponibilizar acessos adequados, de comunicação, material didático adaptado e atualizado e eliminar barreiras comportamentais.

Segundo Trevisan e Barba (2012):

O modelo inclusivista/social trouxe consigo a ideia de que o déficit individual deixa de ser visto como de responsabilidade única do indivíduo que o apresenta e passa também a ser de responsabilidade do meio onde ele vive. Isso envolve aceitar as crianças com necessidades educacionais especiais como elas são, com suas diferenças individuais (BUENO, 2008; MITLER, 2003; MENDES, 2002; MARTINS, 2006 *apud* Trevisan e Barba, 2012, p.90).

Percebe-se, ainda, a necessidade de mudanças nas escolas, partindo do princípio de que os indivíduos com necessidades especiais precisam de acessibilidade no ambiente escolar, além de propostas pedagógicas que facilitem o processo de ensino-aprendizagem e que promovam a inclusão social.

Mediante o cenário educativo com ênfase na educação inclusiva, vários aspectos são constantemente discutidos, dentre eles a equipe de profissionais aptos ou passíveis de se

desenvolver para contribuir e/ou atender à nova demanda educativa, que vai além do conhecimento didático. Esse é um exemplo de situações às quais as escolas precisam se adequar para se tornarem inclusivas, com espaços e instrumentos acessíveis para contribuir com o processo de ensino-aprendizagem (Toyoda, *et al.*, 2007).

Segundo Mendes (2008) *apud* Trevisan e Barba (2012):

“as práticas de inclusão escolar em alguns países têm mostrado que o trabalho colaborativo se constitui como uma estratégia em ascensão no sistema escolar e se mostra efetivo tanto para solucionar problemas relacionados ao processo de ensino-aprendizagem de alunos com necessidades educacionais especiais quanto para promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos educadores”. (Mendes, 2008 *apud* Trevisan e Barba, 2012, p.90).

Ressalta-se, também, a necessidade de formação/preparação/capacitação da equipe de profissionais que estão diretamente no processo educacional, com ênfase maior ao papel do professor, que assume o maior compromisso, a responsabilidade e o desafio no processo de ensino-aprendizagem.

Apesar das intensas discussões a respeito deste tema, a referir a capacitação docente, infraestrutura acessível e material didático adequado bem como das leis que regulamentam o processo de inclusão, torna-se necessário cada vez mais ampliar os debates, pois se fazem presentes no cotidiano escolar, nas práticas escolares.

Segundo Januzzi (2004), “a especificidade da educação especial procura, pois, ser entendida com base nos condicionantes materiais e culturais da organização social brasileira, que integra um mundo cada vez mais globalizado.” (Januzzi, 2004).

Dessa maneira, o sistema educacional, na perspectiva inclusiva, embora já tenha avançado bastante, principalmente na legalização e no reconhecimento do valor que também pode ter a pessoa especial, como ser que apresenta suas potencialidades, apesar das suas limitações, ainda muito se tem a fazer, principalmente na conscientização da sociedade, nas mudanças de atitudes e no respeito ao próximo. Ressalta-se que a escola, por ser um ambiente que contribui com a formação educacional do indivíduo, necessita adequar suas várias

instâncias às exigências da educação inclusiva, desde a capacitação de profissionais, adaptação do ambiente escolar, propostas pedagógicas inclusivas, dentre outras, com direcionamento para atender a uma diversidade de indivíduos, considerando que cada ser é único e singular e que o estímulo ao seu desenvolvimento tem que ser compatível com suas necessidades, potencialidades e limitações.

1.4 Terapia Ocupacional

1.4.1 Objeto de estudo: Atividade Humana

Entender o objeto de estudo da Terapia Ocupacional é pensar o indivíduo em suas múltiplas ações cotidianas, seu agir, seu andar, cantar, pensar, escrever, brincar, estudar, passear, comunicar, enfim, é se referir ao cotidiano do ser humano, identificando suas necessidades inatas, suas potencialidades, suas limitações e, ainda assim, conseguindo fazer suas ações cotidianas, mesmo sendo um fazer desprovido de significado social, regado de contextualização singular e inerente ao indivíduo que está fazendo.

Segundo Carvalho (2013):

“O ser humano tem necessidade inata de fazer coisas, criar, tentar, arrumar, trocar, construir, mudar conforme sua necessidade, aprender, ensinar e outras mil formas de agir. Enfim, vive, experimenta, erra, experimenta novamente, soluciona problemas, cria outros, toma decisões (até mesmo a de não fazer nada) e espera respostas. Viver é a sua ocupação.” (Carvalho, 2013, p.11).

Portanto, como objeto de estudo na especificidade profissional, a Terapia Ocupacional estuda, analisa e prescreve a atividade humana para permitir autonomia e independência ao indivíduo.

Carvalho (2013) refere-se, também, à análise da atividade como:

“... processo por meio do qual se pode determinar os componentes de uma atividade, as habilidades, as experiências e as capacidades necessárias para sua realização e os aspectos que podem melhorar se a pessoa desempenhá-la de modo satisfatório.” (Carvalho, 2013, p.11).

Considera, também, na aplicabilidade da atividade humana, a singularidade do indivíduo, suas necessidades e desejos, suas dificuldades e, acima de tudo, suas potencialidades, uma vez que a atividade humana é pensada para atender demandas do cotidiano do indivíduo, não existindo processos únicos e imutáveis para todos, mas, sim, processos, condutas e planos de tratamento para necessidades singulares.

Conforme Carvalho (2013, p 11), “o uso da atividade não é uma ‘receita de bolo’ e, portanto, não há um único recurso específico para cada queixa, pois cada pessoa é única”. Ressalta, ainda, a necessidade da construção de um campo de conhecimento para atender o valor subjetivo do indivíduo. Segundo Carlo & Bartalotti (2001):

“As atividades humanas são construídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência de vida real do sujeito. A linguagem da ação é um dos muitos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço e o tempo em que vivemos e a nossa cultura. Ela se apresenta como uma experiência organizadas em estruturas definidas cujas bases referem-se à realidade do homem como ser social e ao seu relacionamento com seu ‘em torno’ material.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p.47).

A Terapia Ocupacional, através das atividades humanas pode contribuir com uma qualidade de vida cotidiana aos indivíduos, caracterizando-se por entender a necessidade singularidade de cada um, sendo este entendimento construído através da relação terapêutica.

Portanto, compete ao terapeuta ocupacional prescrever a atividade humana como forma de tratamento, sendo regulamentada pelo artigo 2º da Resolução nº 8/1978 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional [COFFITO].

Logo, Carlo & Bartalotti (2001) ressaltam:

“Na Terapia Ocupacional, as atividades possibilitam a cada um ‘ser reconhecido e se reconhecer por outros fazeres’; elas permitem conhecer a história de vida do sujeito. A partir do encontro inicial entre terapeutas e pacientes estabelece-se um resgate biográfico no campo das atividades, no qual se descobrem interesses, habilidades e potencialidades que delineiam caminhos possíveis o rol das atividades e produções humanas. No desencadear dos encontros um novo vínculo e um novo conhecimento se constelam.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p.49).

O processo de reconhecimento é possível através da história de vida do indivíduo, permitindo ao terapeuta ocupacional identificar as necessidades, potencialidades e possibilidades de intervenções que objetive proporcionar autonomia e independência no fazer cotidiano e, conseqüentemente, permitindo uma melhor qualidade de vida.

Ao se descrever a atividade humana, na perspectiva da especificidade da Terapia Ocupacional, logo se remete à necessidade de intervir no campo da educação inclusiva, como facilitador no processo de construção e/ou de reconstrução do fazer humano, permitindo potencializar o indivíduo nas suas ações educacionais.

1.4.2 Conceituação

Segundo a definição e a função da Terapia Ocupacional da *World Federation of Occupational Therapists* (W.F.O.T.), de 1993, tradução retirada do livro ‘Definições de Terapia Ocupacional’, produzido pelas Instituições: Faculdade Salesiana de Lins; Centro de Estudos de Terapia Ocupacional [CETO]; *World Federation of Occupational Therapists* [W.F.O.T] e Associação Brasileira de Terapia Ocupacional [ABRATO]:

“Terapia Ocupacional é uma disciplina da saúde que diz respeito a pessoas com deficiência, déficit ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. O terapeuta ocupacional profissionalmente qualificado envolve o paciente em atividades destinadas

a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções, com o propósito de ajudá-los a fazer frente às demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico e a participar da vida em seu mais pleno sentido. Pode ser indicada para qualquer ou todos os seguintes itens: ajudar a manter ao máximo o bem-estar; prevenir a piora em uma desordem crônica; ajudar no diagnóstico; promover e restabelecer as funções biopsicossociais; acelerar a convalescença; restabelecer a capacidade laborativa; promover a adaptação e integração social, e examinar a estabilidade da recuperação.” (WFOT, *et al*, 1993, p.12)

As indicações da atuação do terapeuta ocupacional apresentada na citação acima vai depender da necessidade do indivíduo, e essa necessidade é identificada através de uma avaliação que permite elencar as complicações de saúde, permitindo através da avaliação definir o melhor procedimento a seguir no tratamento, e este terá sucesso uma vez que o indivíduo apresente aceitação e dessa forma possa contribuir com a sua recuperação.

Como área de conhecimento e prática de saúde, segundo a resolução nº 218 de 1997 do Conselho Nacional da Saúde, a Terapia Ocupacional busca intervir nas relações referentes ao homem em seu cotidiano. Em outras palavras, busca meios para que o homem possa exercer atividades em sua vida com saúde e cidadania (Medeiros, 2003).

A especificidade da Terapia Ocupacional está no fazer das atividades como instrumento terapêutico e na capacidade de compreender as relações que o sujeito estabelece com o seu fazer, o que o torna um sujeito ativo, criativo, autônomo e transformador de si mesmo e de seu meio social.

O terapeuta ocupacional parte do princípio de que a atividade humana está na essência do ser humano; portanto, compreender o modo como essa atividade está sendo realizada pelo sujeito, o valor dado a ela, o significado dela em sua vida, é o mesmo que descobrir como esse sujeito, ou grupo de sujeitos, estão se estabelecendo como seres humanos. Logo, o terapeuta ocupacional está habilitado para analisar e intervir nas seguintes questões:

- ✓ O que o indivíduo faz em sua vida?
- ✓ Como ele faz suas atividades?

- ✓ Por que ele faz desse modo?
- ✓ O que ele sente ao fazer as atividades (aspectos físicos e emocionais)?
- ✓ Como essa(s) atividade(s) está(ão) interferindo em seu cotidiano?

Compreende-se, então, que, nos atendimentos de Terapia Ocupacional, de acordo com Quarentei, “conversar, escrever, cozinhar, pintar, passear, dentre muitos outros, são modos de cuidar/estar/escutar/acolher o sofrimento... (é) dar-lhes tempo e matéria para que, filmando, passeando, cozinhando, cantando, recriem maneiras de estar no mundo.” (Quarentei, 1999, p 197).

O ato de ‘fazer’ uma atividade não é composto unicamente pelo modo de movimentar-se, mas sim, por modos de sentir, pensar, se relacionar, atribuir valores e construir estratégias de vida.

“A finalidade do uso da atividade para a Terapia Ocupacional deve ser a de fazer com que o homem se aposse com satisfação de sua vida, em seus diferentes campos de atuação – quer seja no desempenho de seus diferentes papéis sociais, no desempenho de suas atividades diárias, quer seja no desempenho de sua vida profissional, social, afetiva e política – vivendo seu tempo e local em busca da realização de seus desejos.” (Medeiros, 2003, p.154)

Portanto, no processo de Terapia Ocupacional, a atividade é compreendida como sendo a forma que o sujeito encontra para criar espaços de existência, de produção de vida (Quarentei, 1999).

“O Terapeuta Ocupacional avalia as funções físicas, psicológicas e sociais do sujeito, identifica as áreas de disfunção e faz o sujeito participar de um programa de atividade para superar a incapacidade. As atividades selecionadas serão relativas às necessidades pessoais, sociais, culturais e econômicas do consumidor e refletirão os fatores ambientais que regem sua vida.” (College Of Occupational Therapist, 1994 *apud* Almeida, 2009).

O terapeuta ocupacional trabalha na perspectiva de que, no processo de habilitação e reabilitação, promover a saúde não é lidar simplesmente com o processo de adoecimento, mas, sim, com a elaboração e a implementação de ambientes favoráveis à saúde, por meio de ações individuais e coletivas e do desenvolvimento de habilidades pessoais nas atividades do sujeito.

O atendimento direto à população se estende a crianças, adolescentes, adultos e idosos que necessitam de tratamento terapêutico ocupacional para executarem suas atividades cotidianas, uma vez apresentando prejuízos físicos, emocionais e/ou sociais, ou agindo na prevenção desses.

O terapeuta ocupacional atua com o propósito de gerar condições para que os sujeitos ou grupos de sujeitos tornem-se protagonistas do seu processo de recuperação e de transformação de acordo com suas potencialidades e limitações.

Durante o processo de execução de atividades, o terapeuta ocupacional, juntamente com o sujeito em tratamento, vivencia situações de desafio e de descobertas que podem ser transferidas para as demais atividades do cotidiano. Nesse processo, o terapeuta ocupacional trabalha com os aspectos técnicos específicos da atividade (tipos de utensílios e materiais utilizados e técnicas de manejo dos instrumentos para execução da atividade) e com os aspectos cinesiológicos e psicossociais que compõem a relação atividade-paciente-terapeuta (movimentos exigidos, grau de exigência física e cognitiva, estimulação sensorio-motora e a emergência e expressão de sentimentos, angústias, sofrimentos). A partir dos aspectos observados na execução das atividades, o terapeuta ocupacional busca o fortalecimento global do sujeito como agente corresponsável pelo processo de recuperação e como agente transformador de sua qualidade de vida.

De acordo com Cazeiro (2011), é competência do terapeuta ocupacional:

“...o diagnóstico do desempenho ocupacional nas áreas das atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, trabalho e produtivas, lazer ou diversão e nos componentes de desempenho sensorio-motor, integração cognitiva, e componentes cognitivos, habilidades psicossociais e componentes psicológicos, por meio da utilização de métodos e técnicas

terapêuticas ocupacionais. O Terapeuta Ocupacional é um profissional, membro da equipe interdisciplinar de assistência à saúde, cujo foco é auxiliar o indivíduo a desenvolver ou restaurar habilidades e melhorar sua adaptação para desempenhar as atividades que ele deseja e precisa, considerando seus potenciais, limitações e sua história pessoal.” (Abrato, 2011 *apud* Cazeiro, 2011 , p.10)

Portanto, o terapeuta ocupacional, mediante suas competências profissionais, vem contribuir para potencializar as habilidades remanescentes dos indivíduos, permitindo melhor desempenho na realização das atividades humanas.

A definição de Terapia Ocupacional, segundo o COFFITO:

“É uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.” (COFFITO, 2011 *apud* Cazeiro, 2011, p.10)

Contudo, entende-se que o terapeuta ocupacional atua da prevenção à reabilitação biopsicosocial, com foco em todos os níveis da assistência à saúde, possibilitando, dessa forma, habilitar e/ou reabilitar indivíduos em situação de adoecimento que compromete a realização de suas atividades cotidianas.

Para o COFFITO, o profissional e sua ação são entendidos e descritos conforme segue:

“É um profissional dotado de formação nas Áreas de Saúde e Sociais. Sua intervenção compreende avaliar o cliente, buscando identificar alterações nas suas funções práticas, considerando sua faixa etária e/ou desenvolvimento, sua formação pessoal, familiar e social. A base de suas ações compreende abordagens e/ou condutas fundamentadas em critérios avaliativos com eixo referencial pessoal, familiar, coletivo e social, coordenadas de acordo com o processo terapêutico implementado. O Terapeuta Ocupacional compreende a Atividade Humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de auto manutenção e o Homem, como um ser prático

interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida. As atividades do profissional estendem-se por diversos campos das Ciências de Saúde e Sociais. O terapeuta ocupacional avalia seu cliente para a obtenção do projeto terapêutico indicado; que deverá, resolutivamente, favorecer o desenvolvimento e/ou aprimoramento das capacidades psico-ocupacionais remanescentes e a melhoria do seu estado psicológico, social, laborativo e de lazer.” (COFFITO, 2011 *apud* Cazeiro, 2011, p.11)

Nessa perspectiva, além do atendimento com foco na área da saúde, o terapeuta ocupacional intervém, também, em contextos sociais, uma vez que, a limitação na realização de atividades sociais, compromete a realização da atividade humana.

Portanto, segundo Cazeiro (2011), “a intervenção do profissional terapeuta ocupacional visa ao desempenho ocupacional, que é a capacidade de um indivíduo em realizar as atividades que necessita ou deseja realizar” (Cavalcanti & Manhães, 2007, *apud* Cazeiro, 2011, p 40).

Contudo, a terapia ocupacional, além de potencializar as capacidades remanescentes do indivíduo, vai de encontro às necessidades e desejos de realização das atividades cotidianas, pessoais e profissionais, da pessoa com necessidade especial.

Acrescenta, ainda:

Para o terapeuta ocupacional, a ocupação é algo complexo e multidimensional, pois envolve tanto os aspectos subjetivos (emocional e psíquico), quanto os aspectos objetivos (físicos e observáveis) do desempenho; a ocupação é, também, resultado de uma inter-relação dinâmica entre o cliente, o contexto e o ambiente. (AOTA, 2008; Carleto, 2010 *apud* Cazeiro, 2011, p.40).

Logo, segundo Cazeiro, “os sujeitos desempenham uma gama de ocupações ao longo de sua vida; tais ocupações são classificadas em categorias, chamadas Áreas de Ocupações, ou Áreas de Desempenho Ocupacional” (Cazeiro, 2011, p.41), as quais incluem:

- ✓ Atividades da Vida Diária;
- ✓ Atividades Instrumentais da Vida Diária;
- ✓ Descanso e sono (atividades destinadas à obtenção de repouso e do sono, incluindo a identificação

da necessidade, a preparação e a participação do sono e do repouso);

✓ Atividades Educacionais (atividades para participar como um aprendiz em um ambiente educacional);

✓ Atividades Laborais (atividades relacionadas ao trabalho e atividades voluntárias);

✓ Atividades Lúdicas (atividades espontaneas e organizadas que promovem entretenimento e diversão);

✓ Atividades de Lazer (atividades não-obrigatórias e intrinsecamente gratificante);

✓ Participação Social (atividades voltadas para a interação com outros indivíduos).” (Cazeiro, 2011, p.41).

Contudo, Cazeiro, conforme indica acima, numa perspectiva mais ampla, elenca as atividades que fazem parte do cotidiano das pessoas e, uma vez comprometidas, estas serão habilitadas e/ou reabilitadas pelo terapeuta ocupacional, sendo este o profissional que proporciona autonomia e independência na realização das atividades humanas.

Francisco (2003; p. 34) acrescenta que “os primeiros princípios teóricos que direcionaram a Terapia Ocupacional foram organizados em torno da busca da ocupação humana”. Segundo Francisco, esses princípios resumem-se em três considerações:

a primeira é que os humanos foram conhecidos como possuidores de uma natureza ocupacional;

a segunda, que a doença foi vista como possuindo um potencial para interromper ou romper a ocupação;

a última, que a ocupação foi conhecida como um organizador natural do comportamento humano, que poderia ser usada terapeuticamente para refazer ou reorganizar o comportamento cotidiano. (Kielhofner, 1982 *apud* Francisco, 2003, p.34-35)

Portanto, entende-se que o significado da ocupação humana para a Terapia Ocupacional inicia com a natureza ocupacional como inerente ao ser humano. Essa ocupação pode ser tanto interrompida por uma doença quanto o meio para organizar e/ou reorganizar o comportamento humano.

No contexto de construção e/ou de reconstrução da ocupação humana, a atividade apresenta-se de maneira variada para contribuir nesse processo, podendo ser entendida como exercício, produção, expressão, criação e transformação (Francisco, 2003).

A atividade como exercício surgiu da necessidade de tornar as práticas terapêutico-ocupacionais técnicas/científicas, com instrumentos/ferramentas/identidades próprias da profissão, permitindo, dessa forma, respaldar-se com tratamentos bem-sucedidos e resultados eficazes.

Francisco (2003) revela os procedimentos básicos para configurar o uso da atividade, enquanto exercício, sendo eles: a análise da atividade, a adaptação da atividade e a seleção e graduação da atividade.

A análise de atividade tem como objetivo “possibilitar o conhecimento da atividade em seus pormenores, observando-se as suas propriedades específicas. Parte do pressuposto de que a atividade tem uma única estratégia para a sua realização, sendo o que lhe possibilita as propriedades”. Quanto à adaptação da atividade, considera-se que “uma atividade adapta-se ao tratamento quando possibilita que o ‘paciente’ exercite a função lesada” (Francisco, 2003, p 38-39). No que se refere à seleção e graduação da atividade:

“A seleção da atividade para o tratamento deve recair sobre as possibilidades de graduação. Isto é, se esta pode ser graduada desde curtos a longos períodos de tempo, desde movimentos grossos a movimentos finos, desde movimentos simples a movimentos complexos, desde a compreensão de instruções simples à compreensão de instruções mais complexas e assim por diante. Uma atividade, portanto, só poderá ser eleita, quando possibilitar graduação.” (Francisco, 2003, p.40)

Contudo, ressalta-se que a análise da atividade possibilita identificar suas partes, seus objetivos e suas indicações e contra-indicações. Após a análise, a atividade pode ser adaptada e selecionada para atender as demandas/desejos dos indivíduos.

Do ponto de vista da atividade humana como produção, numa perspectiva de relação homem-máquina, surge outra possibilidade de comportamento humano, na qual o homem é visto enquanto máquina, e o seu desempenho humano atrela-se ao fazer produtivo, no qual o produto final da atividade é a meta a ser alçada.

Nesse aspecto, Holzkamp (1977), *apud* Francisco (2003) refere:

“Aqui se fala do sistema homem-máquina, dentro do qual o homem aparece mais ou menos claramente como parte mais fraca do sistema. À psicologia cabe então a tarefa de reduzir, ao máximo possível, o fator de interferência humana, através do fomento de sentimentos de satisfação com o trabalho, e coisas semelhantes.” (Holzkamp, 1977 *apud* Francisco, 2003, p.42)

A terapia ocupacional intervém nessa perspectiva da atividade enquanto produção, avaliando, identificando, estimulando e/ou desenvolvendo áreas de desempenho comprometidas.

Afirma Francisco (2003):

“O valor da Terapia Ocupacional reside principalmente na capacidade que o terapeuta ocupacional tem em investigar o desempenho efetivo total de um indivíduo, em termos de habilidades identificáveis e competências, e fazer recomendações no sentido de resolver problemas de desempenho”. (Reed & Sanderson, 1980 *apud* Francisco, 2003, p.43)

Neste aspecto, da atividade enquanto produção, o terapeuta ocupacional identifica, além da área de desempenho comprometida, a habilidade remanescente do indivíduo, com o propósito de potencializar seu desempenho ocupacional.

Segundo essa afirmação, Francisco (2003) destaca:

“em primeiro lugar, o enfoque da atividade como instrumento que permite uma investigação de como a pessoa usa o seu desempenho; em segundo lugar, a atividade como instrumento que permite capacitar a pessoa por meio do treinamento, com a realização de uma tarefa com eficiente uso de energia e tempo (Francisco, 2003, p.43).

Aos olhos da terapia ocupacional, quando olhado o homem como máquina, é no sentido de que tudo nele funcione com autonomia e independência, mesmo diante das limitações existentes, sejam de ordem intelectual ou de ordem física, como nos afirma o autor supracitado a seguir:

“O homem, aqui é como a máquina. Suas engrenagens são ‘os componentes de desempenho de habilidades: motores, sensoriais, cognitivos, de relacionamento intrapessoal e interpessoal’. Esses componentes são necessários para o desenvolvimento das ‘competências ocupacionais’ de auto-manutenção, produtividade e lazer. De tal maneira, que a atividade humana (atividades de vida diária, trabalho, lazer) é o produto da máquina-homem.” (Francisco, 2003, p.42).

Contudo, o emprego da atividade nesse contexto associa-se a um produto final, no qual a execução não é o mais importante, e, sim, o produto como meta a ser alcançada. Considerando as práticas da terapia ocupacional, as atividades humanas são direcionadas ao desempenho produtivo do indivíduo, prevalecendo o resultado da ação, através, por exemplo, da execução das atividades de vida diária. Exemplificando, uma pessoa que apresenta uma limitação física e/ou dificuldade para realizar uma atividade de vida diária, como por exemplo o ato de se alimentar, ou seja, pegar a comida no prato e levar até a boca. Uma vez comprometidas os componentes que permitem ao sujeito o desempenho de determinadas funções, dificultam ou, muitas vezes impossibilitam mesmo a que a pessoa realize essa atividade. Portanto, um ato tão simples, como o da alimentação, pode estar comprometido e/ou impossibilitado de concluir o produto final, que é o ato de levar à comida até a boca. Por vezes, em substituição a essa incapacidade é necessário recorrer a meios artificiais, como, por exemplo, uso de adaptadores nos talheres e pratos, permitindo que o indivíduo consiga realizar o produto final.

Contudo, além da atividade humana na perspectiva do exercício e da produção, conforme explicado nos parágrafos acima, tem-se, também, no ponto de vista da atividade humana na forma de expressão, tendo como precursores Fidler e os Azima, para os quais a “compreensão do fazer humano é carregado de conteúdos simbólicos”. As ideias desses estudiosos foram “organizadas em torno da psicoterapia freudiana” (Francisco, 2003, p 46).

A atividade humana como forma de expressão permite compreender o fazer humano através dos seus significados e símbolos atribuídos a seus desejos pessoais e experiência de vida.

“Quando se usa a terapia ocupacional ‘como processo psicoterapêutico, deve seguir-se necessariamente que o produto sendo feito e o trabalho de fazê-lo são considerados secundários ao julgamento de como o produto e o processo de fazê-lo afetam suas relações com os outros. A ocupação passa então a ser a ferramenta da manipulação de suas relações com outras e não o objetivo primordial em si.” (Fidler & Fidler, 1960 *apud* Francisco, 2003, p.46)

Para se compreender a atividade humana como meio de expressão, ou seja, como o indivíduo vai expressar seus sentimentos, atitudes e/ou reações, usam-se técnicas para estimular e/ou desenvolver o indivíduo, através de ações com livre produção, material projetivo, criação livre, criação dirigida.

Segundo Francisco (2003):

“O termo livre produção, refere-se às atividades que não possuem de início uma estrutura, como, por exemplo, a argila, como também há aquelas que podem ter forma definida (escultura, pintura).

O princípio para compreensão da livre produção é o de liberdade de escolha do objeto/material e técnica de manipulação. Aqui a escolha e o caminho para a realização da atividade são feitos pelo próprio paciente, sem a interferência do terapeuta.” (Francisco, 2003, p.48).

Contudo, o uso da atividade como expressão, utilizada pelo terapeuta ocupacional, permite ao indivíduo estimular sua criatividade e liberdade de expressão, potencializando, dessa forma, o desenvolvimento de habilidades cognitivas, mentais, sociais e físicas.

O material projetivo, por sua vez, divide-se em quatro fases:

“A primeira fase, a preparação, diz respeito basicamente à maneira de o paciente abordar o objeto, que objeto seleciona e as atitudes para com as pessoas que estão vivendo o processo com ele (terapeuta e paciente);

A segunda fase, de produção e acabamento, compreende o processo vivenciado pelo paciente, desde quando inicia a manipulação dos objetos disponíveis, numa certa direção, na construção ou destruição;

Na terceira fase, denominada de associação, o paciente, após terminada sua criação, é levado a fazer livre associação sobre o objeto;

A quarta fase, de interpretação, caracteriza-se pelo momento em que, após criado o objeto e efetuadas as

associações livres, o terapeuta passa a interpretar os acontecimentos.” (Francisco, 2003, p.48)

Torna-se imprescindível a existência das quatro fases de construção do material projetivo durante a intervenção terapêutica ocupacional, considerando uma sequência lógica e organizada, que contribui para organização de ideias e pensamentos do indivíduo. Permitindo, dessa forma, potencializar o desenvolvimento de atividades humanas, principalmente, mentais e cognitivas. Exemplificando a construção do material projetivo, pode-se referir à construção de uma tapeçaria, na qual na primeira fase se dá a seleção do objeto (escolha realizada com terapeuta e paciente), a segunda fase caracteriza-se pela construção do objeto (no caso do exemplo: a tapeçaria), avançando para terceira fase inicia a associação ao objeto construído (considerando seus significados para o paciente) e, por último a terceira fase caracterizada pela interpretação do terapeuta (momento de análise do desempenho do paciente, bem como das funções desenvolvidas/estimuladas, a referir as funções cognitivas e mentais, durante a atividade).

Na produção e no acabamento dessas manifestações, pode-se dividir as atividades em duas sub-fases: livre criação e de criação dirigida, sendo estas caracterizadas assim:

“Na fase de livre criação, o paciente é deixado livre frente ao objeto, para escolher e proceder como quiser. Na fase de criação dirigida, um objeto é definido pelo terapeuta e selecionado para o paciente. A partir do objeto, que lhe é oferecido este é deixado livre para sua manipulação.” (Francisco, 2003, p.48).

Os trabalhos desenvolvidos por Nise da Silveira, iniciados na década de 40 no Hospital Psiquiátrico Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro, reforçam o entendimento das atividades como expressão, afirmando que as atividades expressivas, conforme tenho vindo a apresentar, “permitem ao homem proceder ao relacionamento e à fixação das coisas significativas, tanto nas suas experiências internas quanto nas externas” (Francisco, 2003, p 50).

Por último, após discorrer sobre as atividades enquanto exercício, produção e expressão, torna-se salutar o entendimento da atividade humana enquanto criação e

transformação do indivíduo, sendo analisada sob três perspectivas: a visão marxista do homem e da natureza, a atividade humana: a práxis e, por último, a importância da atividade marxista da atividade humana para a terapia ocupacional (Francisco, 2003).

O entendimento da atividade enquanto criação e transformação se faz salutar por compreender que o ser humano está em constante processo de mudanças em diversos aspectos de sua vida, como por exemplo, o próprio processo de desenvolvimento humano (nascer, crescer, desenvolver e morrer) que requer demandas peculiares para cada etapa da vida. Pode-se referir, também, o processo de mudança nos aspectos profissionais, entendendo o fazer profissional como necessário ao desenvolvimento das funções sociais e culturais do ser humano.

Mediante a visão marxista, de acordo com Francisco:

“o homem é um ser que por essência necessita objetivar-se de modo prático, material, produzindo um mundo humano, acrescenta: Através da produção, o homem projeta-se no mundo dos objetos produzidos por seu trabalho assim como integra a natureza no mundo humano, convertendo-a em natureza humanizada.” (Francisco, 2003, p.51).

Na visão marxista, o homem cria e transforma sua vida através do trabalho, permitindo torná-lo agente ativo e participativo na sociedade.

Ainda na perspectiva da atividade como criação e transformação, faz-se necessário o entendimento da atividade humana, do ponto de vista da práxis. Para tal entendimento, Vásques, *apud* Benetton diferenciam atividade em geral de atividade propriamente humana:

“Atividade humana em geral é entendida como o ato ou conjunto de atos em virtude do qual um sujeito ativo (agente), que pode não ser humano, que efetivamente age ou atua modificando uma determinada matéria-prima, traduzindo-se num resultado ou produto, que é essa matéria mesma já transformada pelo agente. Enquanto atividades propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal ou finalidade e terminam com um resultado ou produto efetivo real.” (Vásques, *apud* Benetton, 1999, p.52)

Portanto, a práxis é o resultado das manifestações advindas do trabalho, da criação, da transformação das atividades propriamente humanas.

“O objeto da atividade prática é a natureza, a sociedade, ou os homens reais. A finalidade dessa atividade é a transformação real, objetiva, do mundo natural ou social para satisfazer determinada necessidade humana ... através do trabalho, o homem transforma um objeto de acordo com sua finalidade utilizando-se de meios ou de instrumentos adequados e, ao materializar uma finalidade, ele se objetiva no produto.” (Vásques, *apud* Benetton, 1999, p.53)

Portanto, através da práxis, o ser humano transforma seu meio, adequando-se às suas necessidades e tornando-se agente ativo na construção do seu fazer cotidiano.

Por último, a importância da concepção marxista da atividade humana para a terapia ocupacional, segundo Francisco (2003):

“A compreensão da terapia ocupacional, através dessa prática, nos faz acreditar num significado de terapia que leva o homem a lidar com sua realidade de vida, podendo assim promover a transformação de si mesmo e do meio social no qual está inserido.” (Francisco, 2003, p.55)

Portanto, a Terapia Ocupacional deve considerar no ser humano não só as limitações, mas todo seu contexto biopsicosocial, como indivíduo que cria e recria sua atividade, buscando adequar-se às demandas sociais, mas sempre entendendo sua singularidade, como ser único e fomentador das suas necessidades.

1.4.3 Fundamentos da prática profissional

Mediante as bases conceituais da Terapia Ocupacional e todo entorno de significação, torna-se necessário fundamentar as condutas profissionais, fazendo referência a algumas escolas-chave que justificam as práticas terapêutico-ocupacionais. Segundo Hagedorn (2003), é inevitável que mais de uma teoria ou perspectiva sejam necessárias para

explicar toda a complexidade e a riqueza de comportamentos, pensamentos e sentimentos. Para tanto, apresenta as escolas-chave de pensamento, referente ao comportamento humano, utilizadas nas práticas terapêutico-ocupacionais, a referir:

- ✓ Fisiológico: fazemos o que nossos constituintes genéticos e funções eletroquímicas nos tornam capazes de fazer, em resposta ao estímulo interno e externo, para manter a homeostase e satisfazer as necessidades básicas de sobrevivência;
- ✓ Comportamental: desempenhamos e reagimos quando exigidos pelo ambiente. As ações são formadas e modificadas pelas consequências do último comportamento;
- ✓ Psicanalítica: agimos de acordo com impulsos ou experiências infantis e memórias inconscientes de relações e eventos passados;
- ✓ Cognitiva (e cognitiva comportamental): agimos de acordo com nossos pensamentos, sentimentos e percepções;
- ✓ Desenvolvimento: utilizamos habilidades apropriadas à nossa idade cronológica e/ou de desenvolvimento que fornecem oportunidades e um ambiente nutritivo para nos capacitar a fazê-las;
- ✓ Social: comportamo-nos como acreditamos que outras pessoas, grupos culturais ou sociais específicos, ou sociedade como um todo, esperam que nos comportemos;
- ✓ Humanista: fazemos nossas próprias escolhas sobre aquilo que fazemos, de acordo com aspectos fundamentais próprios a nós mesmos e aos outros;
- ✓ Ecológica: interagimos com nosso ambiente como parte de um sistema aberto, orgânico e adaptativo. Somos formados por nosso ambiente e reciprocamente formamos outras partes do sistema. (Hagedorn, 2003, p.21)

Embora apresentada uma variedade de escolas-chave utilizadas nas práticas terapêuticas ocupacionais, existem outras estudadas, analisadas e aplicadas em demandas e contextos específicos, por exemplo o neurodesenvolvimental, o cognitivo-comportamental e o existencialismo. As apresentadas acima referem-se ao comportamento humano, logo associam-se a demandas do contexto educacional, uma vez que as crianças que apresentam dificuldade de aprendizagem apresentam comprometimento nas funções comportamentais. Portanto, esta escola-chave vem favorecer os estímulos e/ou desenvolvimento dessas funções, à medida que a terapia ocupacional favorece a adaptação social, ambiental, cognitiva e fisiológica, de acordo com o desenvolvimento cronológico ou adaptáveis às limitações da

criança, mediante suas singularidades, considerando a importância de adaptar as reais necessidades para o desenvolvimento da criança.

Caniglia (1993) classifica os modelos utilizados na Terapia Ocupacional em: o modelo profissional, de atenção à saúde, histórico, filosófico e metodológico – caracteriza-se por apresentar um referencial de saúde próprio da profissão, é único, básico e geral e se relaciona ao paradigma e ao objeto de estudo da profissão; o modelo de atenção à saúde é caracterizado pela forma de abordagem com a qual se relaciona ao nível de atenção à saúde – preventivo, curativo e reabilitador; o modelo histórico é caracterizado pela época de surgimento no contexto histórico da profissão – modelo de tratamento moral, ocupacional, cientificista e holístico; o modelo filosófico é caracterizado pela concepção filosófica de homem, de mundo e de sociedade – modelo positivista, materialista-histórico e existencialista; por último, o modelo metodológico, caracterizado por se basear e se utilizar de teorias, métodos e técnicas específicas – modelo analítico, biomecânico, cognitivista, comportamental, desenvolvimental, gestáltico, humanístico, integrativo, sensorial, ocupação humana, psicanalítico, psicopedagógico, sensitivo-motor, sistêmico, sociocultural e socioinstitucional.

Contudo, percebe-se que a fundamentação da Terapia Ocupacional é bastante ampla, e seus modelos, abordagens e métodos são utilizados com base na demanda do indivíduo assistido.

Pensar modelos de intervenções terapêuticas ocupacionais em crianças com necessidades especiais torna-se importante mencionar o modelo lúdico, proposto pela terapeuta ocupacional Francine Ferland, desde 1994. De acordo com Ferland (2006), *apud* Zen e Omairi (2009):

O Modelo Lúdico originou-se a partir do interesse em estudar e redescobrir o potencial terapêutico do brincar e de abordar a criança através do brincar, um domínio que lhe é próprio. O modelo propõe recorrer sistematicamente ao brincar na prática da terapia ocupacional, através da explicação de um quadro conceitual, que será a base teórica para a intervenção terapêutica, e de um modelo de prática, que é um conjunto de meios concretos que permitirão a utilização

do brincar no meio clínico (Ferland, 2006 *apud* Zen e Omairi, 2009).

Portanto, esse modelo vem permitir, através do brincar, desenvolver potencialidades na criança, sendo o brincar um meio pelo qual é próprio da criança e que despertará maior interesse para realização de atividades e consequentemente melhorar seu desenvolvimento.

Ferland (2006), *apud* Sant’Anna (2015), acrescenta que o “brincar é definido como uma atitude subjetiva em que o prazer, o interesse e a espontaneidade se encontram; essa atitude se traduz por uma conduta escolhida livremente” (Ferland, 2006, p.96 *apud* Sant’Anna, 2015, p.7). Acrescenta ainda conceitos-chave que contribuem para formação do quadro conceitual do modelo lúdico:

Brincar: atitude em que o prazer, o interesse e a espontaneidade se encontram. É uma conduta escolhida livremente sem um resultado esperado.

Atitude lúdica: é caracterizada por prazer, curiosidade, senso de humor e espontaneidade, pela iniciativa e superação de desafios.

Ação do brincar: são os componentes instrumentais que possibilitam a atividade do brincar.

Interesse pelo brincar: é a atração pelo brincar.

Prazer da ação: é uma sensação agradável que surge do interesse por uma determinada atividade.

Capacidade de agir: capacidade de realizar a atividade de forma habitual, de adaptar se necessário e reagir frente a uma impossibilidade.

Autonomia: significa determinar livremente as regras da ação.

Bem-estar: sensação agradável proporcionada pela satisfação das necessidades físicas e ausência de tensões psicológicas (Ferland, 2006 *apud* Zen e Omairi, 2009, p.48).

Contudo, percebe-se que o modelo lúdico contextualiza aspectos próprios do fazer através do brincar, uma vez que permite desenvolvimento da criança através do prazer pela realização da atividade, potencializando suas atitudes, suas capacidades e autonomia, permitindo bem-estar nas atividades realizadas.

1.4.4 Contexto Mundial

A Terapia Ocupacional como uso da atividade humana ou uso terapêutico da atividade é discutida desde a Antiguidade, fato que, historicamente, não remete a uma profissão propriamente dita, mas ao uso da ferramenta terapêutica ocupacional, por considerar que, sendo o indivíduo um ser provido de atividades humanas e ocupações, uma vez adoecido, as doenças são tratadas com base na realidade e capacidades do momento histórico em que vive. Portanto, a Terapia Ocupacional se constrói embasada na diversidade do cuidar em contextos sociais, culturais e políticos distintos.

“Na antiguidade ... quando as doenças mentais e físicas significavam ‘males do espírito’, o fazer algo intermediava a magia e as orações. O objetivo era afastar os ‘maus-espíritos’ ou acalmar espíritos atormentados. As brincadeiras, os passeios e os jogos criavam um ambiente tranquilo, facilitando a aproximação com os deuses.” (Benetton, 1999, p.21).

Percebe-se que a atividade como forma de cuidar e/ou tratar a doença está presente desde a Antiguidade, uma vez que era usada para afastar os ‘maus-espíritos’ das pessoas que se apresentavam adoecidas mentalmente.

Segundo Carlos & Bartalotti, “é necessário compreender a utilização da atividade humana em diferentes épocas, inclusive para poder entender as diversas características assumidas pela Terapia Ocupacional em diferentes momentos históricos e contextos socioculturais.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p 19). Portanto, para entender o percurso histórico da terapia ocupacional, é necessário a compreensão do modo de vida dos indivíduos em diferentes contextos, considerando aspectos, além de social e cultural, políticos, ideológicos e regionalização distintas, enfim, cada momento remete a uma perspectiva do uso da atividade humana. Para tanto, somos informados que:

“Na literatura de Terapia Ocupacional há obras que apresentam uma história sobre o uso terapêutico das ocupações que, em geral, remonta à Antiguidade; nessa perspectiva, a profissão encontra seus precursores

históricos entre gregos e romanos. Acreditava-se que os trabalhos, exercícios, artes e artesanato poderiam ‘curar’ aqueles que estivessem ‘possuídos pelo demônio’, e a todos os doentes eram oferecidas ocupações, com o propósito de manter o ambiente tranquilo e oferecer o contato com os deuses.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p.19)

Logo, percebe-se que a terapia ocupacional se constrói embasada no fazer humano, em sua cotidianidade, ou seja, em atividades que permitam práticas do dia a dia para proporcionar aos indivíduos adoecidos atividade que resgatem suas funções humanas, tornando-as significativas e, conseqüentemente, resgatando funções físicas e mentais que estavam comprometidas.

Francisco acrescenta que “jogos, músicas e exercícios físicos foram utilizados por gregos, romanos e egípcios como medida de tratamento do corpo e da alma.” (Francisco, 2003, p 24).

As atividades lúdicas e recreativas foram utilizadas para tratar o adoecimento mental, daqueles que apresentavam comportamentos agitados e agressivos, levando a comportamento mais calmos.

Segundo Benetton (1999)

No período greco-romano, esse fazer algo, para distração e alívio, sofreu a sua primeira tentativa de rudimentar de sistematização. Os estudos médicos de Hipócrates (460 -377 a. C.), os de Platão (427-347 a.C) sobre a realidade psíquica e os de Aristóteles (384-322 a.C), sobre a consciência muito beneficiaram o desenvolvimento de práticas terapêuticas para os que tinham perturbações espirituais e cerebrais (Benetton, 1999, p.21).

Para Benetton (1999), a Escola Metodista, considerada “a primeira corrente médica a sistematizar o uso de atividades para doentes mentais” (Benetton, 1999, p 21), que teve como principal mentor Celso (25 a.C.–50 d.C.), médico romano, destaca-se como outro espaço de desenvolvimento da Terapia Ocupacional.

Benetton (1999), acrescenta acerca da escola metodista:

“Os locais de cura eram especialmente organizados de forma a propiciar a tranquilidade, o conforto e a evitar o suicídio ou acidentes. As atividades utilizadas como fonte de observação do doente eram capazes de promover o retorno da consciência, se não definitivamente, pelo menos de forma temporária. Buscando encontrar elementos de contraposição para a mania, os metodistas comprovaram que alguns tipos de atividades com jogos, teatro e música provocaram certas emoções, que para determinadas pessoas podiam ser tanto benéficas como prejudiciais no processo de cura.” (Benetton, 1999, p.21).

Contudo, percebe-se que a construção da Terapia Ocupacional, através do uso terapêutico da ocupação vem sendo o alicerce que configura o percurso histórico da profissão, pois ferramentas de práticas utilizadas até hoje – a música, o teatro, a dança e os jogos – já eram meios de tratamento desde a Antiguidade.

No período da Idade Média o indivíduo que apresentava alguma doença era visto como estando sob castigo de Deus, no caso da doença mental era associado a provocações demoníacas, sendo os indivíduos, em alguns casos, jogados na fogueira até morrer queimado ou ficavam enclausurados em cárceres. Nesse período, o uso terapêutico da ocupação ficou distante dos indivíduos que apresentavam alguma doença.

Já os séculos XVII e XVIII foram considerados um período de grande descaso de desumanidade e de indiferença com certos tipos de ser humano, pois, conforme Carlo & Bartalotti, “acreditava-se que todos os indivíduos que suscitavam repulsão ou temor – indigentes, vagabundos, preguiçosos, incapazes, velhos, prostitutas, loucos, deficientes – considerados como ameaça à sociedade, deviam ser afastados e confinados num espaço isolado do convívio social.” (Carlo & Bartalotti, 2001; p. 20).

Contudo, percebe-se que um grupo de indivíduos, principalmente aqueles que apresentavam perigo à sociedade, nomeadamente do tipo referido no parágrafo anterior, eram afastados do convívio social e tratados como incapazes, desqualificados e tidos como inaptos à convivência na comunidade. Presentemente se mantém muito próxima, ainda, esta visão.

Ressaltam ainda:

“As disposições de correção e repressão dos delitos valiam para todas as categorias de ‘marginais’, fossem

estes vinculados a formas de desvio familiar, de indisciplina militar ou religiosa ou a ameaças à segurança pública. Todos eram reunidos nos mesmos estabelecimentos, pois estavam sob um mesmo estatuto legal e enquadrado na categoria geral de insanos; as diferenciações que ocorriam no interior do enclausuramento deviam-se às exigências disciplinares e não estavam associadas à preocupação de realizar diagnósticos ou tratamentos.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p.20).

Durante esses séculos, os indivíduos eram tratados sem dignidade nem respeito. Nesse período, séculos XVII e XVIII, o uso da atividade humana como tratamento pouco evoluiu, pois os enfermos eram mal tratados, a referir os doentes mentais, os leprosos, os mongoloides, além de considerados como seres humanos desprovidos de ações e de ocupações, eram confinados em espaços isolados do convívio social.

No final do século XVIII surgem novas propostas éticas e sociais para cuidar dos indivíduos adoecidos. Conforme Benetton (1999), a Filosofia da Libertação de Philippe Pinel (1745-1822) cria, na França, o ‘Tratamento Moral’, desenvolvido nos asilos e ancorado em três ideais: ‘Liberdade’, ‘Racionalidade’ e ‘Humanidade’. Nesse período, segundo Benetton “os alienados que apresentavam um distúrbio da razão, que não eram delinquentes ou irracionais, deviam ser tratados com liberdade e humanidade”, acrescenta ainda que “a doença que causava contradição da razão, ilusões, desordem moral e atitudes antissociais, deveria ser enfrentado pelo trabalho.” Benetton (1999; p. 22).

O Tratamento Moral visava colocar o homem em atividade, através, por exemplo, dos jogos e do trabalho, pois considerava que através dessas atividades poderia organizar o seu cotidiano e o comportamento adequava-se às ordens sociais, o trabalho era realizado através de oficina, nomeadamente, a carpintaria e atividades agrícolas.

No que se refere ao trabalho como recurso terapêutico, ressalta Benetton (1999):

“O trabalho seria o meio de organização e manutenção do ambiente asilar, como contraponto ao ócio desorganizador. O uso da ocupação-trabalho como instrumento de terapêutica médica, prescrito e determinado pelo médico, estabeleceu a relação estreita, até hoje conservada, entre psiquiatras e terapeutas ocupacionais.” (Benetton, 1999, p.22)

Na perspectiva da Escola de Tratamento Moral, que determina uma nova forma de cuidar o doente mental, voltando-se para a aplicação de atividades mais humanizadas, através da organização do comportamento e orientação para hábitos saudáveis.

Segundo Carlos & Bartalotti, a Escola de Tratamento Moral refere-se ao problema central, à metodologia e aos objetivos propostos por Pinel, ressaltando que:

“Para a escola de Tratamento Moral, o problema central é o ambiente físico e social e a situação de vida do paciente (aspectos que devem ser modificados), a desorganização do comportamento, os hábitos errados e as reações ao estresse (considerava-se que o doente apenas sucumbira às pressões externas, cabendo à sociedade a obrigação moral de ajudá-lo a voltar a vida normal). Seus objetivos eram a modificação e correção de hábitos errados e a criação e manutenção de hábitos saudáveis de vida, visando à normalização do comportamento desorganizado do doente. A metodologia: programa com ênfase nas atividades diárias (AVDs) consideradas normais, em ambiente alegre e de apoio, que proporcionassem uma vida saudável ao doente; preconizava o uso de ‘remédios’ morais, de educação e atividades cotidianas, como jogos e o trabalho, para normalizar o comportamento desordenado de doente mental.” (Carlos & Bartalotti, 2001, p.22-23)

No final do século XVIII e início do século XIX, o Tratamento Moral foi considerado como proposta de cuidar do doente mental em vários países, na Itália com Vincenzo Chiarugi (1759-1820), na Inglaterra com William Tuke (1732-1822) e na Alemanha com Johann Christian Reil (1759-1813), sendo, ao longo do século, associado a novos elementos e a propostas mais elaboradas, além de considerada a escola precursora da Terapia Ocupacional, segundo Benetton (1999). Já no início do século XX, a partir de 1900, nos Estados Unidos, Adolph Meyer criou o método que também denominou de Tratamento Moral, considerando que:

“...a partir de ocupações de características ressocializantes, buscava encontrar o equilíbrio e a consciência da realidade, isto é, a conduta adaptada ao social, em contraposição ao comportamento anti-social do doente. As ocupações eram prescritas aos doentes de acordo com o seu grau de consciência. Numa primeira

etapa, a manipulação dos materiais era utilizada para estimular sensorialmente. Num segundo momento, considerado como de treinamento, procurava-se atividades promotoras do cuidado de si, dos afazeres domésticos, de hábitos úteis e de habilidades de adaptação. A última etapa constituía-se no desenvolvimento de decisões requeridas pelo trabalho, de aspirações próprias e de estratégias para participação em jogos...a instituição é organizada à semelhança da sociedade para que o treinamento se realizasse.” (Benetton, 1999, p.22)

No Tratamento Moral, buscava-se ressocializar o indivíduo com doença mental através de atividades que direcionavam à busca da consciência, tais como atividade do cotidiano, a referir, a organização e limpeza do ambiente, atividades de higiene pessoal, além de atividades lúdicas e recreativas, através de jogos, músicas e danças.

Segundo Kielhofner & Burke (1982, *apud* Carlos & Bartalotti, 2001), as propostas de Meyer advinham das ideias do Tratamento Moral, mas esses autores apelidam as práticas de Meyer de Teoria da Psicobiologia, baseando-se na relação entre “padrões de hábitos e doença mental”, enfatizando que:

“O enfoque é sobre os mecanismos de organização do comportamento e estilo de vida; o problema é a desorganização do papel social; a metodologia de intervenção baseia-se na utilização ativa e intencional do tempo, dividido equilibradamente entre trabalho, repouso, lazer e sono; o objetivo é organizar o comportamento.” (Carlos & Bartalotti, 2001, p.24).

As condutas terapêuticas e medicamentosas pesquisadas e experimentadas por Meyer estabeleceram um dos primeiros programas de saúde e de educação americano, baseando-se, segundo Benetton, em dois direcionamentos:

“No treinamento dos técnicos e enfermeiros, assistentes sociais e posteriormente, de terapeutas ocupacionais. Além de estudos das técnicas de assistência, esses novos profissionais foram formados para serem seus pacientes modelos de adaptação social; Na orientação das famílias para que pudessem acompanhar o desenvolvimento dos doentes e recebê-los de novo na comunidade.” (Benetton, 1999, p.24)

Portanto, observa-se que a organização do comportamento e a rotina de hábitos saudáveis são as bases para o tratamento do doente mental durante esse período, uma vez que permitia, através de atividades do cotidiano, desenvolver organização de ideais e pensamentos nos indivíduos e, conseqüentemente, condutas sociais adequadas.

Com o avançar da construção histórica da Terapia Ocupacional, Herman Simon, na Alemanha, iniciou em 1929 uma proposta de tratamento que chamou de Tratamento Ativo, na qual, conforme Benetton, “retorna ao trabalho produtivo para combater a inatividade, organizar os meios manicomiais e desenvolver a responsabilidade do doente mental. Propõe o uso da ocupação escalonada em graus de dificuldades de realização.” (Benetton, 1999; p 24).

O Tratamento Ativo considera a necessidade do homem de fazer algo e de estar em atividade, para tanto, através do trabalho produtivo, a pessoa adoecida mentalmente, se desenvolve mediante atividades que estejam de acordo com suas dificuldades e limitações.

No que diz respeito à Terapia Ativa, Benetton afirma

“...que o trabalho produtivo combate a inatividade, organiza o meio manicomial e desenvolve a responsabilidade do doente mental. O trabalho é visto como instrumento de educação que, por outro lado, é o substrato da psicoterapia. Comparando ao processo educacional de crianças com os doentes mentais, a Terapia Ativa propõe o uso da ocupação escalonada em graus de dificuldades de realização. Através da divisão do trabalho em etapas, semelhante a da produção em série, todos os doentes podiam ocupar-se e com isso manter organizado o ambiente manicomial.” (Benetton, 1999, p.24)

A Terapia Ativa, coloca o indivíduo como ser ativo, na perspectiva do trabalho produtivo, uma vez que estes são direcionados às atividades laborais, tais como atividades agrícolas, artesanato e tecelagem.

Para Benetton (1999), Hermann Simon faz uma “tentativa modesta de relacionar os sintomas de doença e o uso de diferentes tipos de ocupação” (Benetton, 1999; p. 25), sistematizados por Karl Schneider, em 1930, através do programa de ‘Ocupação Biológica’, em 1936, que estabelece atividades específicas para cada doença ou síndrome,

para a qual a “prescrição médica das atividades passou a fazer mais sentido, pois podia ser receitada à semelhança de um medicamento.” (Benetton, 1999; p. 25).

A Ocupação Biológica considera que a atividade (jogos, oficinas, música, dança) prescrita para o paciente deve estar de acordo com sua doença, a medida que estabelece a relação da atividade humana a ser desenvolvida com a real necessidade do indivíduo.

“O programa de Ocupação Biológica tinha como pressuposto básico que as atividades oferecidas aos doentes, levando em conta sua capacidade remanescentes (Terapia Ativa), além de levarem a um equilíbrio somático e psíquico, possibilitavam a descarga dos processos psíquicos patológicos, assim como o exercício de funções conservadas e a característica de uma atividade, deveria ter a qualidade de contrapor-se ao sintoma e/ou de exercitar a função conservada correspondente.” (Benetton, 1999, p.25)

Meyer (Tratamento Moral), Simon (Tratamento Ativo) e Schneider (Ocupação Biológica) consolidaram o uso da ocupação-trabalho como técnica médica, sendo que, segundo Benetton, “as ocupações eram indicadas como capazes de alcançar a organização do pensamento, o reatamento das relações e das realizações, a contenção da excitação e a orientação da conduta e do comportamento.” (Benetton, 1999; p. 25).

As formas de tratamentos, conforme indicadas nos parágrafos acima, contribuíram significativamente para o avanço no cuidar do doente mental, uma vez que estes foram estimulados a desenvolver suas potencialidades, levando à melhora do seu estado mental e social.

Paralelo à implantação das propostas de tratamentos aplicadas ao longo das primeiras décadas, conforme apresentadas em momento anterior, muitos fatos e acontecimentos surgiram, permitindo a construção da profissão da Terapia Ocupacional, conforme será apresentado em seguida.

“Nos hospitais gerais, a permanência, o repouso e a recuperação no leito, tiveram ‘complemento medicamentoso’ à ocupação” (Tracy, 1905, *apud* Benetton, 1999, p. 26), com a aplicação de exercícios no leito como prevenção dos males causados pela imobilidade.

A ocupação, em forma de atividades terapêuticas, nos leitos tem efeitos positivos no tratamento dos pacientes, pois evita comprometimentos/sequelas advindas do longo período de internações.

A ‘ocupação’ que, desde a antiguidade foi utilizada como prescrição aos males do corpo e da alma, teve seu primeiro curso de seis semanas em ocupação e recreação curativa sob a direção de Graham Taylor, 1908, em Chicago, Illinois, nos Estados Unidos da América, onde se matricula a estudante de serviço social Eleanor Clark Slagle, formada em 1911, ano em que conduz um curso similar, segundo Carvalho (2013).

Em 1914, o uso da ocupação com fins assistenciais era designado em diferentes países, como França, Estados Unidos, Itália e Inglaterra, por: tratamento moral, tratamento de trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional, ergoterapia, laborterapia e praxiterapia.

Segundo Carlo & Bartalotti (2001), em dezembro de 1914, num encontro da Coordenadoria Estadual da Insanidade, em Boston, nos Estados Unidos, o arquiteto George Edward Barton, que se beneficiou do tratamento, introduziu o termo ‘Terapia Ocupacional’.

O termo ‘Terapia Ocupacional’ utilizado até os dias atuais, que remete à identidade profissional de toda uma categoria, na qual terapia remete a tratamento, ao cuidar, habilitar e reabilitar; e ocupacional remete a fazer algo relacionado ao cotidiano, as atividades de vida diária, profissional, lazer e social. Ressalto que a ocupação, conforme apresentado em parágrafos anteriores, é um fazer que parte de conhecimento técnico científico.

Segundo Benetton (1999), em 1915, Eleanor Clark Slagle, seguidora de Meyer, organizou o primeiro curso profissionalizante para terapeutas ocupacionais em Chicago, nos Estados Unidos, e desenvolveu o programa ‘Treinamento de Hábitos’, objetivando levar o ‘doente a alcançar os propósitos de cura, repouso e o lazer’. Preconizou, ainda, a formação da personalidade da terapeuta ocupacional: ‘bondade infinita, paciente, imaginativa e maternal’. A autora acrescenta acerca da proposta de Slang:

“Em sua maior parte, nossas vidas são construídas por hábitos e a ocupação usualmente curativa serve para suplantir alguns hábitos, modificar outros e construir

novos para que ao final as reações de hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde... não falava em doença ou reação à doença, mas numa reação a hábitos.” (Benetton, 1999, p.27-28)

O curso profissionalizante visava preparar terapeutas ocupacionais para treinar hábitos saudáveis com os pacientes, permitindo melhora no cotidiano e consequentemente na saúde física e mental dos pacientes.

Segundo Carvalho (2013), em 1917 foi fundada a Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional, nos Estados Unidos, constituindo, assim, a profissão e demarcando o seu espaço, tanto na área mental como física. Sob forte influência do momento histórico, social e político revolucionário do início do século XX, desencadeou-se o processo de construção do caráter da profissão.

“Apesar da grave crise econômica que atingiu os Estados Unidos no final da década de 1920 e se espalhou pelo mundo (período de depressão), o que provocou a quase extinção dos programas de recuperação dos incapacitados, com a Segunda Guerra Mundial surgiu a necessidade de terapeutas ocupacionais em hospitais civis e militares. Com isso, houve um aumento desordenado do número de escolas (o que exigiu a elaboração dos padrões mínimos para os cursos) e uma expansão considerável da Terapia Ocupacional, sobretudo na área do tratamento das incapacidades físicas. Logo, tanto a profissão como os primeiros serviços especializados vão surgir dentro de locais tais como asilos e hospitais gerais que, no decorrer do tempo, foram se transformando entidades de reabilitação.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p.28)

As Primeira e Segunda Guerras Mundiais são um marco para a terapia ocupacional, pois os sequelados, físicos e mentais, estavam com suas atividades pessoais e profissionais comprometidas, o que levaria uma quantidade significativa de jovens com limitações para produzir economicamente nos seus países de origem. Em decorrência disso, os programas de reabilitação tinham o objetivo de resgatar a funcionalidade dessas pessoas e inserí-los na sociedade, fato que coloca a terapia ocupacional como profissão que muito poderia contribuir, por ser uma profissão que, dentre suas várias finalidades, também promove esse resgate funcional e social.

Segundo Benetton, referente ao período entre as duas Guerras Mundiais:

“No período entre as duas grandes guerras e até por volta de 1950, é através da delimitação de áreas como a física e a mental, das técnicas ocupacionais de desenvolvimento da funcionalidade e das funções corporais, que as terapeutas ocupacionais constroem seu campo de ação. O conceito de reabilitação física e mental, e suas técnicas correspondentes se consolidam, através da necessidade de reinserir os traumáticos de guerra na sociedade, dando assim início ao trabalho multiprofissional na área da saúde.” (Benetton, 1999, p.30)

Carlos & Bartalotti enfatizam os impactos destas Guerras Mundiais na formação profissional da Terapia Ocupacional:

“A organização da Terapia Ocupacional, como categoria profissional e como profissão da área da saúde, está bastante ligada ao período da Primeira Guerra Mundial, a qual provocou o aumento dos incapacitados e neuróticos de guerra. A primeira escola profissional nos Estados Unidos foi criada em 1917, enquanto em outros países (como Inglaterra) a profissão foi inaugurada com o início da Segunda Guerra Mundial. Os cursos e programas de Terapia ocupacional eram conduzidos e supervisionados por médicos com auxílio de enfermeiras e assistentes sociais, que muitas vezes acabaram se transformando em terapeutas ocupacionais.” (Carlos & Bartalotti, 2001, p.27)

Portanto, percebe-se que as consequências das Primeira e Segunda Guerras Mundiais influenciaram significativamente na construção da Terapia Ocupacional, uma vez que, devido ao grande número de incapacitados físicos e mentais, surgiram centros de reabilitação para tratar e restabelecer social e profissionalmente os sequelados das guerras.

Conforme Carvalho (2013), foram períodos de intensas transformações na área da saúde. Devido o número significativo de incapacitados em busca de reabilitação, a terapia ocupacional vive, enquanto profissão, uma ascensão principalmente na área de reabilitação física, pois surge a demanda de resgatar o sequelado da guerra, visando torná-lo produtivo. Segundo Carvalho (2013) ,

“Durante as décadas de 1940 e 60, a Terapia Ocupacional foi fortemente influenciada pelo Movimento Internacional de Reabilitação, nascido de uma necessidade da população de atendimentos em especial na área das disfunções físicas.” (Carlos & Bartalotti, 2001, p.28)

Com o Movimento de Reabilitação, advindo da necessidade de tratar os sequelados da Segunda Guerra Mundial, a terapia ocupacional expandiu, significativamente sua atuação no campo da saúde física e mental, pois devido ao processo de reabilitação, havia necessidade de treinar, resgatar, restabelecer as funções do cotidiano das pessoas sequeladas da guerra.

Ainda em 1935, iniciou-se uma nova etapa de desenvolvimento no hospital psiquiátrico, com a introdução das terapêuticas biológicas através do coma insulínico, que segundo Sabbatini, foi a descoberta do neuropsiquiatra polonês chamado Manfred J. Sakel, no Hospital Lichterfelde para Doenças Mentais, em Berlim, “ele provocou um coma superficial em uma mulher viciada em morfina, usando uma injeção de insulina, e obteve uma notável recuperação de suas faculdades mentais” (Sabbatini).

Segundo Benetton (1999), as terapêuticas biológicas apontaram avanços na área da saúde: “os pacientes apresentavam uma melhora sintomática mais rápida e, com isso, modificou-se o uso das ocupações, que passaram a ser utilizadas no segundo momento do processo terapêutico.” (Benetton, 1999; p. 30).

Essa modificação, na qual começava a se fazer uso das terapêutica biológicas, deixando o uso das ocupações em segundo momento impactou a terapia ocupacional, pois o uso da ocupação enquanto processo terapêutico não tinha respaldo científico, levando os profissionais a buscarem cientificidade no uso da ocupação.

“De acordo com Kielhofner e Burke, nas décadas de 1930 e 40, nos Estados Unidos, a Terapia Ocupacional viveu uma pressão do desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde que, ao definir melhor as patologias, exigia também intervenções mais definidas, para que saísse do senso comum e alcançasse status científico, pois o tratamento pela ocupação (nos moldes do ‘paradigma da ocupação’ era considerado não-científico. Essas interpretações sobre a história da profissão apontam para uma representação da Terapia Ocupacional como ‘vítima’ das pressões de medicina, principalmente quando se fala de ‘perspectiva

reducionista' da profissão. Na realidade, o que pressionou a Terapia Ocupacional a adotar novas estratégias de tratamento foi a necessidade de responder a novas questões que se apresentavam, bem como as demandas das populações, alteradas pelas novas descobertas e formas de trata-las. À medida que as demandas das populações se tornavam mais complexas, os profissionais buscavam formas melhores e mais eficientes de responder e tratar os problemas, assim como foram sendo desenvolvidos novos recursos técnicos e tecnologias.” (Carlos & Bartalotti, 2001, p.27)

Nesse período, a terapia ocupacional, por não ter dados científicos das suas práticas profissionais, foi pressionada a buscar conhecimento técnico científico para tornar suas práticas comprovadas, pois a ferramenta de trabalho utilizada pela terapia ocupacional, ou seja, a ocupação humana, embora fossem percebidos seus benefícios frente ao tratamento com o paciente, não tinha respaldo acadêmico que comprovasse sua relevância. Esse fato gerou um retrocesso das práticas da terapia ocupacional, pois como se pode ler na citação acima, havia uma forte influência da medicina para comprovar as práticas profissionais, no caso da terapia ocupacional a ocupação humana, enquanto ferramenta de trabalho, necessitava do respaldo científico para manter-se atuante nos atendimentos aos pacientes.

Na década de 1950, a ocupação deixou de ser um instrumento de contenção, sendo intensificado seu aporte como instrumento de reabilitação, através de atividades realizadas em hospitais psiquiátricos, como organização da rotina do paciente, atividades lúdicas e recreativas, ainda marcada pela necessidade de tornar científico suas práticas profissionais.

Com avanço da profissão, a Terapia Ocupacional em 1948 foi reconhecida na Europa e, em 1951, foi criada a Federação Mundial de Terapia Ocupacional.

Destaca-se que a Terapia Ocupacional, no seu percurso histórico teve suas práticas profissionais realizadas por mulheres. Segundo Carlo & Bartalotti (2001) informam:

“as mulheres eram escolhidas para exercer a profissão, pois acreditava-se que suas características maternas fossem muito benéficas no tratamento dos doentes mentais. Foram elas também, as pioneiras no trabalho com indivíduos incapacitados, recebendo a denominação de “auxiliares de reconstrução” (Carlos & Bartalotti, 2001, p.27).

A Terapia Ocupacional em todo seu percurso histórico foi representado por mulheres, conforme citação acima, devido suas funções maternas, além de estarem suas práticas voltadas para necessidade de habilidades manuais.

Segundo Benetton (1999), em 1960 ocorreu o início da consolidação dos currículos da Terapia Ocupacional em países como os EUA, Canadá e Inglaterra, possibilitando a exportação da profissão para o Brasil – que teve o seu primeiro curso técnico no Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo e patrocinado pela Organização Mundial de Saúde, em 1959, e para países como Austrália, França, Argentina e África do Sul. Em 1968, o “curso técnico passou a ser uma faculdade” (Benetton, 1999, p 32).

“O processo histórico... tem como eixo central a ocupação, que inicialmente foi caracterizada como salutar e depois, por vários séculos, passou a ser usada como instrumento terapêutico médico... a Terapia Ocupacional desenvolve-se até à metade do século XX, tendo hoje um corpo próprio de profissionais, do qual depende seu progresso.” (Benetton, 1999, p.32).

Dessa forma, o caráter da Terapia Ocupacional configura-se por fatos, condições, acontecimentos e situações determinadas em contextos distintos, não necessariamente linear e crescente, mas em momentos sociais, políticas e culturais peculiares.

1.4.5 Contexto Nacional

O início da prática da Terapia Ocupacional no Brasil se deu sob influência europeia, com a chegada da Família Real Portuguesa ao país no século XIX.

Segundo Carlo & Bartalotti (2001), a partir de 1852, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, passou a utilizar a prática do Tratamento Moral como forma de tratamento.

“Em 1898 iniciou-se o funcionamento do Hospital do Juqueri, atualmente chamado de Hospital Franco da Rocha, num terreno de 1.400 alqueires próximo à cidade de São Paulo, para atender os doentes mentais de todo o

país. Franco da Rocha e Pacheco e Silva lá introduziram o tratamento pelo trabalho intitulado 'praxiterapia', ou tratamento pelo trabalho." (Carlo & Bartalotti, 2001, p.30).

Contudo, o Tratamento Moral, advindo da Europa influenciou as práticas terapêuticas ocupacionais em hospitais psiquiátricos, período em que os pacientes passaram a realizar atividades como forma de tratar essas atividades que eram realizadas através de oficinas, jogos, música, dança e trabalho, nomeadamente, a carpintaria e atividades agrícolas.

Ainda segundo Carlo & Bartalotti (2001), foi no início do século XX que começaram a surgir novos trabalhos baseados nas ocupações, como o de Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, na qual a forma de tratamento era pela ocupação dos pacientes internados, em atividades rurais ou oficinas, como as de ferraria, mecânica, elétrica, marcenaria, entre outras (Carlo & Bartalotti, 2001, p 30); e o primeiro Serviço de Terapêutica Ocupacional, no Centro Psiquiátrico Nacional, em 1946, ao encargo da Dr.^a Nise da Silveira.

Outro marco importante nas praticas terapêuticas ocupacionais foi o Movimento Internacional de Reabilitação, pois a partir daí iniciavam no Brasil, também, os programas de reabilitação dos pacientes com doenças crônicas, acidentados no trabalho e no trânsito e de doenças ocupacionais.

"Os programas para incapacitados físicos surgem, no Brasil, apenas na década de 1940, decorrente do Movimento Internacional de Reabilitação. Os órgãos responsáveis pela divulgação e pela implantação de serviços de reabilitação eram entidades governamentais e não-governamentais, como a ONU (Organização das Nações Unidas), a OIT (Organização Internacional do Trabalho) e a Unesco, difundindo leis protecionistas aos deficientes mentais e deficientes físicos e propondo a implantação de programas especiais para essa população. Enquanto o Movimento de Reabilitação se originava, sobretudo nos países que participaram das duas Grandes Guerras, como consequência do aumento significativo de incapacitados físicos, no Brasil havia uma maior preocupação com pacientes crônicos (como os portadores de tuberculose), deficiências congênitas, acidentados no trabalho, de trânsito, doméstico ou por doenças ocupacionais. É nesse contexto que surgem muitos profissionais, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais." (Carlo & Bartalotti, 2001, p.31).

Todo esse movimento influenciou diretamente na estruturação dos cursos de Terapia Ocupacional, sendo o primeiro deles oferecido pela Associação Brasileira de Reabilitação, em 1963, no Rio de Janeiro. Em seguida, foi implantado, em 1964, o curso de Terapia Ocupacional no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Carvalho, 2013). Ressalta-se ainda, o Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, por ser neste documento legal que se reconhece o curso de Terapia Ocupacional como nível superior e define as competências práticas do profissional terapeuta ocupacional, ficando a fiscalização das práticas profissionais a cargo do Ministério da Saúde.

Segundo Carvalho (2013):

Em 1975, com a Lei nº 6316, foram criados os Conselhos Federal e Regional (COFFITO e o CREFITO), passando para esses a incumbência de fiscalizar e de normatizar as profissões, além de definir a formação e competência dos profissionais, acrescenta que o Código de Ética Profissional que em seus capítulos define as responsabilidades dos profissionais de Terapia Ocupacional e Fisioterapia foi aprovado pelo COFFITO em 1978.” (Carvalho, 2013; p.7).

Assim, existem, atualmente, no Brasil, 68 cursos de Terapia Ocupacional, sendo apenas 15 em Instituições de Ensino Superior Público, o que justifica um necessário investimento para o crescimento e a expansão do número de profissionais no mercado de trabalho, a mencionar algumas: Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) – São Paulo, Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Paraná, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Minas Gerais, Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Pará, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP) – São Paulo, Universidade de Sorocaba (UNISO) – São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) – Minas Gerais, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo, Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) – Pernambuco, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) – São Paulo.

A atuação do terapeuta ocupacional no Brasil vem sendo fortalecida não somente pela criação de cursos de nível superior, mas também pelo reconhecimento nacional da

Terapia Ocupacional como mais uma profissão da área da saúde, o que é fundamental para o desenvolvimento pessoal e coletivo da população em geral.

Têm-se exemplos desse reconhecimento nas resoluções e portarias nacionais específicas como:

✓ Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994, do Ministério da Saúde, que coloca o atendimento de Terapia Ocupacional como sendo uma atividade obrigatória oferecida pelos serviços prestados à pessoa portadora de transtornos mentais;

✓ Portaria nº 1269, de 03 de agosto de 2005, do Ministério da Saúde, que determina a criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, sendo os núcleos de Reabilitação e de Saúde Mental compostos por equipes com a presença de um terapeuta ocupacional.

No âmbito internacional, a criação do Código Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIFIS) foi um dos grandes acontecimentos que vieram fortalecer a profissão, uma vez que, segundo Carvalho, “a análise da atividade é o processo por meio do qual se pode determinar os componentes de uma atividade, as habilidades, as experiências e as capacidades necessárias para sua realização e os aspectos que podem melhorar se a pessoa desempenhá-la de modo satisfatório,” (Carvalho, 2013, p. 11).

A Terapia Ocupacional, no século XXI, vem apresentando avanços significativos, tanto na regularização da formação acadêmica como na conquista de novos espaços de atuações de seus agentes.

Segundo Carvalho (2013):

✓ “Adequação do currículo mínimo para a graduação em Terapia Ocupacional, com base nas Diretrizes Curriculares, aprovada pelo Ministério da Educação em 2001;

✓ A Lei Nº 11.104, dispõe sobre a obrigatoriedade do funcionamento da brinquedoteca no ambiente hospitalar, sendo um novo espaço de atuação do terapeuta ocupacional;

✓ Publicação da Resolução Nº 316 em 19 de julho de 2006, pelo COFFITO, que dispõe sobre as práticas de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais de Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional.” (Carvalho, 2013, p.8).

Portanto, percebem-se as conquistas alcançadas pelo terapeuta ocupacional ao longo do tempo, desde aberturas de novos cursos, ampliação dos espaços de atuação, tanto na esfera pública como na privada, além de novas áreas de atuações que surgiram.

1.4.6 Atuação da Terapia Ocupacional na Educação Inclusiva

Considerando a especificidade da formação do terapeuta ocupacional, esse profissional atualmente está inserido em três grandes áreas de atuação: Saúde, Assistência Social e Educação. Na Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, atuando em todos os níveis de atenção: primária (prevenção e promoção), secundária (manutenção e tratamento) e terciária (restauração e reabilitação); na Assistência Social, por meio do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, no serviço de proteção social básica e especial; e na Educação, por meio das políticas inclusivas, nas escolas regulares com perspectivas inclusivas. Dentre os diversos locais de atuação, podemos indicar: hospitais gerais, hospitais especializados, centros de reabilitação, UTIs, escolas regulares e especializadas, creches, presídios, consultórios, clínicas, ambulatórios, atendimento domiciliar, docência, gestão, dentre outras.

A Terapia Ocupacional tem como ferramenta principal no seu fazer profissional a análise de atividade humana, sendo aplicada em indivíduos com alguma disfunção física, mental e/ou social, para estabelecer e/ou restabelecer sua funcionalidade no âmbito das atividades de vida diária (AVDS), atividades de vida instrumental, trabalho e lazer.

Segundo Rocha (2013), sobre a análise das atividades humanas acrescenta

A análise das atividades humanas, na perspectiva da Terapia Ocupacional, possui um potencial terapêutico para proporcionar independência e autonomia às pessoas, consciência de habilidades e de potencialidades, abordagens terapêuticas para problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), possibilidades para inserção e participação na vida social, prevenção, promoção e restauração de saúde (Rocha, 2013).

Atualmente, o ambiente escolar tem sido considerado um espaço importante para a incorporação das práticas desse profissional devido sua especificidade profissional, ou seja, a análise da atividade humana está no desenvolvimento da potencialidade do ser humano, permitindo o desenvolvimento de autonomia e independência e, conseqüentemente, permitindo melhor desempenho educacional para pessoas que apresentam alguma dificuldade/limitação no processo de aprendizagem.

Segundo Carlo & Bartalotti (2001), *apud* Trevisan e Barba (2012):

Várias são as possibilidades de atuação do Terapeuta Ocupacional no contexto socioeducacional, que abrange desde o atendimento individual do aluno em um contexto clínico – que deve ser realizado com muita cautela a fim de não fortalecer o processo de exclusão e da prática centrada na deficiência – até o acompanhamento desse aluno no meio familiar e na escola. O Terapeuta Ocupacional pode, por exemplo, instrumentalizar o aluno e a escola com a utilização de diversos recursos e tecnologia assistiva, participar das atividades escolares, orientar e assessorar a equipe educacional e, não menos importante, dar assessoria às famílias dos alunos com necessidades educacionais especiais (Carlo & Bartalotti, 2001 *apud* Trevisan e Barba, 2012, p.91).

A Terapia Ocupacional atua tanto diretamente com aluno, através do suporte ao desenvolvimento de aprendizagem, conforme menciona acima através do uso de recursos e tecnologia assistivas, como atua também com a escola (através de orientações em metodologias que favoreça o desenvolvimento das crianças) e a família.

Segundo Toyoda, 2007, *apud* Babora, Paiva e Rossler (2012), “a ação da terapia ocupacional no contexto escolar é caracterizada principalmente pelos seguintes aspectos” (Toyoda, 2007, *apud* Babora, Paiva e Rossler, 2012):

- “Avaliar e intervir com os alunos que apresentam dificuldades que interferem diretamente na aprendizagem e com as atividades funcionais da Escola;
- Avaliar e intervir com os alunos que apresentam dificuldades na realização das atividades da vida diária;

- Ensinar o correto manuseamento da criança /jovem com alterações neuromotoras durante as rotinas diárias;
- Avaliar a necessidade de tecnologias de apoio facilitadoras da participação e do desempenho e realizar o treino de utilização das mesmas;
- Desenvolver um trabalho colaborativo com a comunidade escolar, família e comunidade envolvente de forma a facilitar a plena integração dos alunos com deficiência e/ou dificuldade.” (Toyoda, 2007 *apud* Babora, Paiva e Rossler, 2012, p.127).

Dessa maneira, o terapeuta ocupacional pode ser um facilitador, pois desenvolve suas práticas com olhar direcionado para as capacidades e as potencialidades do ser humano, contribuindo no processo de ensino-aprendizagem, e, conseqüentemente, no processo de promoção da inclusão social.

Para tanto, reforça-se a necessidade do terapeuta ocupacional visualizar a escola integrante de um sistema bastante dinâmico, no qual se torna necessário refletir constantemente a sua prática junto à diversidade encontrada (Cardoso & Matsukura, 2012).

Contudo, percebe-se que as práticas da Terapia Ocupacional na Educação Inclusiva vão além do espaço físico das escolas, sendo necessária uma visão holística da pessoa com necessidade especial, vendo-a na sua relação com a família e com o meio no qual está inserida. Nesse contexto, Carlo & Bartalotti (2001) afirmam:

“Partindo do pressuposto inclusivista, que vêm se construindo as práticas de Terapia Ocupacional que chamamos transformadoras – considera-se que não basta atuar sobre o indivíduo, mas é preciso transformar a sociedade e a cultura. Logo, a atuação da Terapia Ocupacional em contextos socioeducativos tem de ser maior que uma atenção individualizada – deve configurar-se como uma ação que envolve a pessoa com necessidades educativas especiais e o meio sociocultural na qual ela está inserida.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p.23).

Considerando que a pessoa com necessidade especial pode apresentar comprometimento no fazer de suas atividades, e que dentre essas atividades está a sua educação, pode-se então associar a atuação do terapeuta ocupacional no ambiente escolar à perspectiva da educação inclusiva. Conforme Carlo & Bartalotti (2001) referem:

“O terapeuta ocupacional deve ser um profissional de apoio, cuja atuação volta-se para as questões surgidas ao longo do processo educacional. Esse apoio deve estar associado a uma reestruturação das escolas e das classes e precisa incluir instrumentos, técnicas e equipamentos especializados. Nesse sentido, por exemplo, instrumentalizar o aluno e a escola para uma ação pedagógica efetiva, nisso incluindo adaptações ambientais e de mobiliário e utilização de diversos recursos de tecnologia assistiva.” (Carlo & Bartalotti, 2001, p 28)

De acordo com Lopes & Silva (2007), a terapia ocupacional no processo de inclusão de crianças com limitações físicas, por exemplo, pode contribuir com a autonomia e independência das crianças, pois sugere “os recursos como atividades, recreação, tecnologia assistiva, comunicação alternativa, capacitação e assessoria de profissionais da área da educação entre outros, são estratégias prioritárias da terapia ocupacional para a inclusão dos portadores de necessidades educativas especiais.” (Lopes & Silva, 2007; p. 160).

Assim, considera-se como positiva a proposta de que o terapeuta ocupacional possa integrar-se à escola auxiliando-a com alunos da educação inclusiva, principalmente porque essa atuação auxilia na promoção, no desenvolvimento e no aprendizado dos diferentes tipos de alunos, preocupando-se em incluí-los em todas as atividades propostas pela escola e em reestruturar o ambiente educacional, desde a adaptação ao material didático, orientação aos professores até o suporte à adaptação aos utensílios escolares e ajustes ambientais.

Sobre a importância da atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva, Pelosi e Nunes (2011) ressaltam que: “a capacidade de reconhecer a diversidade em diferentes áreas e, principalmente, a possibilidade de favorecer a funcionalidade das potencialidades de cada indivíduo faz do terapeuta ocupacional um profissional qualificado para trabalhar como facilitador da inclusão.” (Pelési & Nunes, 2011, p. 125)

O *Canadian Association of Occupational Therapists* [CAOT] refere-se à atuação do terapeuta ocupacional em face da terapia. Destaca que:

“O profissional avalia a receptividade do indivíduo quanto à modificação ou uso da adaptação, sua condição

sociocultural e as características físicas do ambiente em que será utilizada. Ainda promove a instrução do uso apropriado do recurso de Tecnologia Assistiva e orienta as outras pessoas envolvidas no uso dessa tecnologia” (CAOT, 2003, p.12)

Portanto, a terapia ocupacional realiza adaptações, tanto nos espaços físicos, como nos materiais necessários para promover desenvolvimento de aprendizagem com os alunos através do uso de tecnologias assistiva, promovendo maior autonomia e independência nas atividades educacionais, permitindo, dessa forma, melhor desenvolvimento de aprendizagem.

Munguba (2007); Oliveira; Castanharo (2008) *apud* Trevisan e Barba (2012) ressaltam:

A educação regular tem especificidades, como currículo, plano de aula, horário de professores, reunião de pais e mestres, que o Terapeuta Ocupacional precisa conhecer para que a educação inclusiva se efetive. Por se dedicar ao estudo do desenvolvimento humano e ao processo de aprendizagem e autonomia, a função do Terapeuta Ocupacional é determinante na sensibilização e na capacitação de todos os envolvidos no processo de inclusão: família, escola e comunidade, visto que esse profissional possui fundamentação teórica e práticas suficientes para contribuir para a desmistificação da abordagem aos indivíduos com necessidades educacionais especiais. A parceria com a educação tem permitido que o Terapeuta Ocupacional intervenha com ações voltadas para as questões do cotidiano escolar, que, aliás, são as maiores solicitações dos professores (Munguba, 2007; Oliveira; Castanharo, 2008 *apud* Trevisan e Barba, 2012, p.91).

Dessa maneira, dentre as propostas de intervenções do terapeuta ocupacional na educação inclusiva é necessário direcionamento para auxiliar familiares e educadores, orientando-os como tratar com o indivíduo em seu cotidiano escolar.

Segundo Trevisan e Barba (2012), a terapia ocupacional “poderá confeccionar ou indicar utilização de recursos, como plano inclinado, lápis e canetas com diâmetro maior e formação emborrachada, órteses, pautas ampliadas, textos emborrachados ou computador” (Trevisan e Barba, 2012, p. 92), que contribui com o processo de ensino-aprendizagem, além de favorecer autonomia e independência ao indivíduo.

Compreende-se, assim que, ao propor um conjunto de atividades práticas e simples, que estas podem trazer melhores condições de adaptação à escola e à vida fora dela, do aluno com necessidades especiais e, da escola a essa pessoa.

Nesse sentido, para Jurdi & Amiralian (2006), o terapeuta ocupacional terá que traçar suas atividades na capacidade para estimular a criação, o fazer, por meio de ações criativas que envolvam a família e as crianças, para que essas crianças consigam colocar em prática seus aprendizados na vida adulta, uma vez que “o fazer criativo só poderá emergir se o indivíduo tiver uma relação com o ambiente sustentada na confiabilidade” (Jurdi & Amiralian (2006).

Embora as pesquisas, como de Cardoso, P. T. e Matsukura, T. S. (2012) “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”, de Barba, P. C. S., e Minatel, M. M. (2013) “Contribuições da Terapia Ocupacional para a inclusão escolar de crianças com autismo”, de Jurdi, A. P. S. e Amiralian, M. L. T. M. (2006) “A inclusão escolar de alunos com deficiência mental: uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no cotidiano escolar”, de Lourenço, G. F. e Barboza, M. F. (2010) “Possibilidades de ação do terapeuta ocupacional na educação infantil: congruência com a proposta da educação inclusiva”, entre outras pesquisas, apontem as práticas da Terapia Ocupacional na perspectiva da educação inclusiva, sabe-se que muitos avanços ainda são necessários. Entretanto, já se pode perceber que a relação entre Terapia Ocupacional, Educação Inclusiva e Pessoa com Necessidade Especial como tríade importante no processo educacional, possibilita um melhor desenvolvimento na aprendizagem e favorece o processo de inclusão social dessas pessoas. Sobre essa troca mútua entre cliente, família, educadores e terapeuta ocupacional, Sumsion (2003) afirma que:

“A comunicação é um fator crucial na educação, o aprendizado seria melhor tanto para o terapeuta quanto para o cliente se os terapeutas escutassem e respondessem em um nível apropriado. É importante lembrar que os clientes são especialistas de suas próprias forças e problemas. Somente eles podem compreender verdadeiramente o que é viver suas vidas.” (Sumsion, 2003, p.78)

Potanto, a escuta aos problemas que dificultam o processo de aprendizagem da pessoa que apresenta alguma dificuldade/limitação é necessário para proporcionar ao terapeuta informações que contemplem a real necessidade do cliente e, a partir dessas informações contribuir com o desenvolvimento da pessoa na escola, pois conforme citado acima, somente os clientes são conhecedores de suas forças e problema, para tanto o terapeuta precisa se munir de conhecimentos peculiares ao cliente para dar o suporte necessário às suas demandas educacionais.

Trevisan e Barba (2012) acrescentam “o trabalho em parceria entre professores, terapeutas ocupacionais e outros serviços de apoio aos estudantes com necessidades educacionais especiais têm sido considerado fundamental no sistema educacional” (Trevisan e Barba, 2012, p.91).

Contudo, a terapia ocupacional na educação inclusiva vem possibilitar oportunidades de desenvolvimento, tanto para crianças e adolescentes que apresentam alguma dificuldade educacional, como para todos os envolvidos no ambiente escolar, além de favorecer meios adequados, a referir a adaptação do material didático, mobiliários e utensílios escolares que atenda as demandas condizentes com a singularidade dos indivíduos.

CAPÍTULO II: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagens descritiva e exploratória e de caráter qualitativo. Para tanto, entende-se por pesquisa:

“a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade do ensino. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação” (Minayo, 2006, p.47).

Portanto, a pesquisa é constante e inacabada, tendo a necessidade de aprofundamentos e novas descobertas, possibilitando compreender contextos atuais, associando a estudos anteriores afins ou pertinentes à matéria em pesquisa e, de descoberta em descoberta, permitindo parâmetros para estudos futuros.

Gil defende pesquisa como sendo um:

Procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema. (Gil, 2010, p.01).

Com base nos autores acima referidos, a pesquisa busca informações/respostas/proposições a problema(s) existente(s), sem, entretanto, torná-lo(s) acabado(s), mas aberto(s) a sucessivas descobertas.

Contudo, temos vários tipos de pesquisas, que segundo Severino (2007), quanto aos objetivos, a pesquisa pode ser exploratória, descritiva ou explicativa. Para a presente pesquisa

tomaremos como referência a pesquisa descritiva e exploratória, que segundo Cervo, Bervian & Silva (2007):

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas.” (Cervo, Bervian & Silva, 2007, p.61-62).

A pesquisa de caráter exploratória favorece a formulação mais clara do problema, por meio de um planejamento bem flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema, e tem como objetivo uma maior familiarização com o fenômeno, para novas percepções, na tentativa de descobrir novas ideias (Lakatos, 2010).

“Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.” (Gil, 2007, p.41).

Segundo Severino (2007), no que diz respeito à pesquisa exploratória, acrescenta que esta “busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto” (Severino, 2007, p.123).

A pesquisa pode ainda ser de caráter quantitativo ou qualitativa. Para a presente pesquisa adotaremos a qualitativa, na qual, segundo Minayo (2006),

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Minayo, 2006, p.57).

Contudo, a decisão pelo tipo da pesquisa (descritiva, exploratória e qualitativa) permitiu contemplar os objetivos propostos na pesquisa, sendo estes, a necessidade de observar os vários desafios e apresentar as contribuições que o terapeuta ocupacional pode trazer à educação inclusiva; além desse tipo de pesquisa permitir descrever, estudar e analisar a atuação da Terapia Ocupacional no processo da Educação Inclusiva, bem como as abordagens utilizadas pelo terapeuta ocupacional no âmbito escolar e a importância das práticas desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional com a pessoa com deficiência, a escola e a família.

2.2 Universo

A pesquisa foi realizada com os terapeutas ocupacionais cadastrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO-14). A aplicabilidade do questionário misto (com questões fechadas e abertas, possibilitando ao sujeito da pesquisa responder com suas próprias palavras às perguntas) se deu tanto de forma presencial, momento em que a pesquisadora, individualmente, apresentou a pesquisa, bem como seus objetivos, e solicitou o preenchimento do questionário, que, na sua maioria, foi aplicado no local de trabalho do sujeito da pesquisa e, em casos esporádicos, no local de trabalho da pesquisadora. Além desses espaços, e, além de modo presencial, o questionário também foi enviado por *e-mail*, caso em que o sujeito da pesquisa também foi informado dos objetivos dela, ficando a pesquisadora à disposição para esclarecimentos.

Os questionários aplicados de forma presencial, conforme referido anteriormente, se deu no local de trabalho do sujeito da pesquisa. A pesquisadora, após agendamento com o sujeito da pesquisa, se dirigia até seus consultórios/clínicas/hospitais de atendimentos para aplicar o questionário, todos no município de Teresina.

Alguns questionários, a minoria, foram aplicados no local de trabalho da pesquisadora, conforme convite realizado aos sujeitos da pesquisa, e o espaço utilizado foi a sala da coordenação de uma faculdade, no município de Teresina.

Os demais questionários, principalmente quando o sujeito da pesquisa não residia no município de Teresina, foram enviados através de *e-mail*. Na ocasião do envio, todos eram orientados a como proceder quanto ao preenchimento deste instrumento e envio de retorno de como o poderiam devolver à pesquisadora. As orientações constavam no corpo do *e-mail* enviado.

2.3 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram 11 profissionais terapeutas ocupacionais do estado do Piauí.

A identificação desses sujeitos se deu pelo cadastro deles no CREFITO-14 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, regional 14). Após a identificação *de cada um*, foram realizados contatos prévios por telefone e o questionário foi enviado por *e-mail* aos participantes ou em alguns casos, aplicado de forma presencial. Os questionários que foram enviados por *e-mail* foram-no para as pessoas que no espaço de tempo em que decorria a pesquisa não se encontravam no município de Teresina. Estes foram em número de 3. Os questionários que foram aplicados presencialmente foram em número de 8.

Os participantes foram orientados que, em caso de dúvidas quanto às questões apresentadas no questionário, poderiam entrar em contato com a pesquisadora para possíveis esclarecimentos, no intuito de que houvesse o mínimo possível de dúvidas nos respondentes, levando a que as suas respostas fossem o mais precisas possível para os dados que se pretendia levantar.

Foram incluídos na pesquisa tanto profissionais que já haviam atuado na educação inclusiva, como também aqueles que ainda não tiveram esta experiência, independente do seu

gênero, da idade e do tempo de formação profissional, que aceitaram participar e que estavam em condições físicas e psicológicas para fazer parte do estudo.

Foram excluídos da pesquisa aqueles sujeitos que não aceitaram participar do estudo. A exclusão da pesquisa se deveu exclusivamente à vontade própria de quem não quis dela fazer parte. Portanto, mesmo após os benefícios da pesquisa terem sido apresentados aos sujeitos, os mesmos mantiveram sua recusa em participar e a pesquisadora atendeu à sua vontade, sem qualquer tentativa de demovê-los da intenção manifestada.

Ressalta-se que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disposto no apêndice deste trabalho. A pesquisa, que foi realizada após assinatura desse termo e, a partir da descrição dos objetivos e da metodologia do estudo, afirma-se que a mesma não implica riscos para os pesquisados ou para as instituições a que se vinculam. É importante esclarecer que se pretende que o estudo possa trazer benefícios ao estado do Piauí, porque elucidará informações a respeito da atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva do estado. Foram previstos, conforme a Resolução nº 466/2012 (Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos), procedimentos que assegurem confidencialidade e privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, prestígio econômico e/ou financeiro.

2.4 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário misto. Segundo Cervo, Bervian e Silva (2007), o questionário é a forma mais usada para coletar dados, pois possibilita medir com mais exatidão o que se deseja. Gil (2007) acrescenta, “a elaboração do questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos em itens bem redigidos” (Gil, 2007, p.103).

O questionário é considerado um meio para coleta de dados que permite ao pesquisador colher informações referentes ao que se pretende pesquisar. É composto por uma

série de perguntas (abertas e/ou fechada) a serem aplicadas ao sujeito da pesquisa, e estas servem de parâmetros para o levantamento das informações científicas para a pesquisa.

“Em geral, a palavra questionário refere-se a um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche. Assim, qualquer pessoa que preencheu um pedido de trabalho teve a experiência de responder a um questionário. Ele contém um conjunto de questões, todas logicamente relacionadas com um problema central.” (Cervo, Bervian & Silva 2007, p.53)

Segundo Gil (2007) “não existem normas rígidas a respeito da elaboração do questionário”, entretanto, informa as regras práticas para a sua elaboração, a saber:

- a) as questões devem ser preferencialmente fechadas, mas com alternativas suficientemente exaustivas para abrigar a ampla gama de respostas possíveis;
- b) não devem ser incluídas perguntas cujas respostas possam ser obtidas de forma mais precisa por outros procedimentos;
- c) devem-se levar em conta as implicações da pergunta com os procedimentos de tabulação e análise dos dados;
- d) deve-se levar em consideração o sistema de referência do entrevistado, bem seu nível de informação;
- e) a pergunta deve possibilitar uma única interpretação;
- f) as perguntas devem referir-se a uma única ideia de cada vez;
- g) o número de pergunta deve ser limitado;
- h) as perguntas devem ser dispersas sempre que houver necessidade de “contágio”;
- i) convém evitar as perguntas que provoquem respostas defensivas, estereotipadas ou socialmente indesejáveis, que acabam por encobrir sua real percepção acerca do fato;
- j) deve ser evitada a inclusão, nas perguntas, de palavras estereotipadas, bem como a menção a personalidade de destaque, que podem influenciar as respostas, tanto em sentido positivo quanto negativo;
- k) cuidados especiais devem ser tomados em relação à apresentação gráfica do questionário, tendo em vista facilitar seu preenchimento;
- l) o questionário deve conter uma introdução que informe acerca da entidade patrocinada, das razões que determinaram a realização da pesquisa e da importância das respostas para atingir seus objetivos. (Gil, 2007, p.104).

Além das regras práticas apresentadas acima, importante ressaltar que o questionário deve ser composto com questões claras e precisas, facilitando a compreensão da pessoa que vai responder, permitindo dessa forma respostas mais concretas. Acrescenta ainda o cuidado a ter na elaboração da pergunta, pois a pergunta não pode induzir ou direcionar uma resposta específica. Considerar, também, a privacidade da pessoa que vai responder, tendo o cuidado para não tornar a pergunta invasiva.

Contudo, para a presente pesquisa, conforme indicado anteriormente, para a coleta de dados foi utilizado um questionário misto, sendo este considerado misto por conter questões com possibilidade de resposta aberta e/ou fechada. Segundo Amaro, *et al* (2005), as questões abertas “proporcionam respostas de maior profundidade, ou seja, dá ao sujeito uma maior liberdade de resposta, podendo esta ser redigida pelo próprio” (Amaro, *et al*, 2005, p 5), e as questões fechadas “são aquelas nas quais o inquirido apenas seleciona a opção (de entre as apresentadas), que mais se adequa à sua opinião” (Amaro *et al*, 2005, p 4).

O questionário aplicado na presente pesquisa contempla as seguintes informações:

- a) acesso ao terapeuta ocupacional na escola;
- b) principais práticas realizadas pelo terapeuta;
- c) fundamentação teórica mais utilizada;
- d) relação entre terapeuta, escola, aluno, família e professor;
- e) maiores dificuldades do terapeuta em desenvolver suas práticas;
- f) tempo de atuação do terapeuta na área;
- g) locais de prevalência em que o terapeuta exerce suas práticas.

A formulação das perguntas foi baseada na sequência de pensamento da pesquisadora, na tentativa de conduzi-las em um sentido lógico para o entrevistado, de forma coerente, clara, objetiva e ordenada, buscando adequação ao problema de pesquisa (Boni & Quaresma, 2005). Acrescenta-se que, a elaboração do questionário foi baseada na pesquisa de Cardoso e Matsukura (2012) em “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”, realizado na cidade de São Paulo. Ressalto, conforme referido anteriormente, que os

sujeitos da pesquisa foram Terapeutas Ocupacionais cadastrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO-14.

Os dados foram analisados após o preenchimento e entrega do questionário, tanto nos casos realizados presencialmente como nos recebidos através do *e-mail* da pesquisadora, conforme indicado anteriormente. Em seguida, realizou-se uma leitura minuciosa do seu conteúdo, tendo cuidado para que nenhuma informação fosse desconsiderada.

2.5 Procedimentos

A análise e a interpretação dos dados foram feitas por meio do levantamento das informações que constavam no questionário, através dos conteúdos das respostas fornecidas pelos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa.

Esse processo “consiste em descobrir os núcleos de sentido do conteúdo das respostas dos participantes, que fazem parte de uma comunicação com suas experiências profissionais, em que a presença ou a frequência desses núcleos signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2006). Após a organização do conteúdo do questionário, realizou-se a apresentação dos resultados em gráficos e tabelas, conforme se apresenta em seguida.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As intervenções da terapia ocupacional voltadas para a educação inclusiva no estado do Piauí, com base nos dados levantados, permitem identificar as possibilidades de ações e intervenções da terapia ocupacional, bem como os desafios e obstáculos que são enfrentados, sendo necessário entender que as possibilidades de atuação das práticas terapêuticas não se fazem rotineiramente, mas sim de forma esporádica e pontual, por meio de atendimentos e/ou acompanhamentos orientados por terapeutas ocupacionais, na maioria dos casos, fora do espaço escolar.

Dessa maneira, com o intuito de mostrar a atuação do terapeuta ocupacional no estado do Piauí, no que diz respeito à educação inclusiva, os entrevistados foram questionados a respeito da sua atuação. É importante esclarecer que tal atuação não se restringiu apenas à escola, mas a qualquer outro lugar de convívio social, pois, para entender a educação inclusiva, é necessário saber que ela faz parte de um movimento amplo, do qual a sociedade participa, ou deveria participar, na busca de direitos sociais garantidos e pela igualdade de acesso à educação, por intermédio da qual o indivíduo pode exercer com efetividade a sua cidadania.

Além disso, como visto na literatura, para que a terapia ocupacional faça parte do cotidiano das escolas, é necessário que os profissionais que trabalham com os alunos sejam capazes de programá-la, pois a “parceria entre professores, terapeutas ocupacionais e familiares de alunos com necessidades especiais é considerada fundamental no sistema educacional para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dessas crianças” (Trevisan e Barba, 2012, p. 91), para que o trabalho se modifique positivamente e os professores possam perceber que os alunos podem participar de maneira mais ativa e com maior autonomia no processo de ensino-aprendizagem.

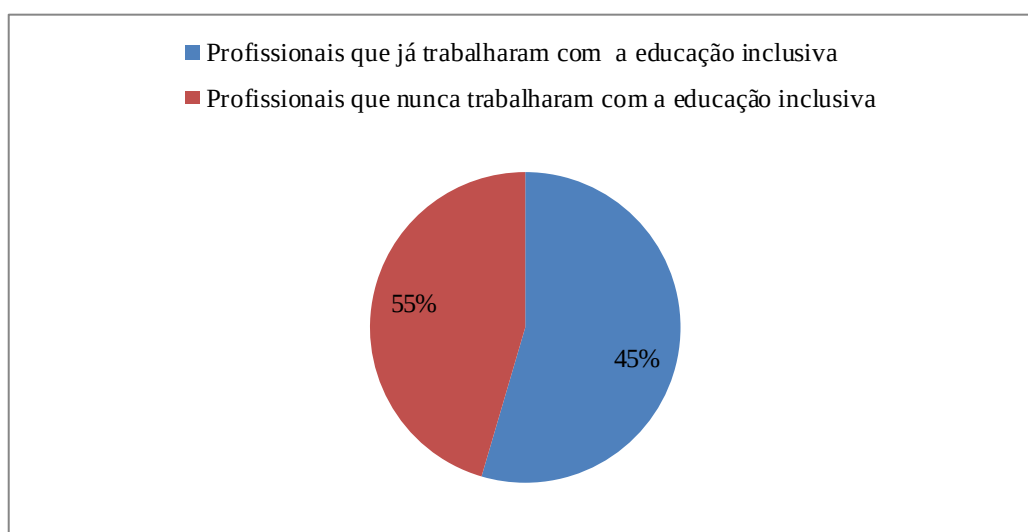
Dessa maneira, conforme referido anteriormente, dentro das atividades do terapeuta ocupacional para a educação inclusiva estão a confecção e a indicação de recursos para os familiares e os educadores. Segundo Trevisan e Barba (2012),

a atuação com “crianças com problemas na comunicação oral, o terapeuta ocupacional poderá sugerir recursos da tecnologia assistiva, como pranchas e aventais de comunicação ... com relação aos professores, poderão sugerir atividades adequadas de acordo com cada faixa etária, com funções específicas, voltadas para a alfabetização, para estimular o desenvolvimento global das crianças e superar dificuldades de desenvolvimento” (Trevisan e Barba, 2012, p.92).

Dessa maneira, foram entrevistados 11 profissionais terapeutas ocupacionais cadastrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO-14), desse total, 8 entrevistados responderam o questionário presencialmente e 3 responderam e enviaram via *e-mail*.

Do total de entrevistados, cinco disseram que já trabalharam na educação inclusiva.

Gráfico 1: Terapeutas Ocupacionais e seu trabalho com educação inclusiva. Teresina-Pi, 2015.



Fonte: Entrevistas que a pesquisadora efetuou, individualmente, com terapeutas ocupacionais/Teresina-Pi.

Percebe-se que a atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva no Piauí ainda é realizada de forma reduzida. Tal fato pode ser observado pela diferença mínima entre aqueles que desenvolvem essa prática e aqueles que não a desenvolvem.

Apesar dessa atuação reduzida, Lopes & Silva (2007) acreditam que “a intervenção terapêutico-ocupacional sempre considerou a escola ... como equipamentos sociais relevantes que, historicamente, permitiram o acesso de grupos populares à visibilidade social, às experiências educacionais, culturais e/ou, ainda, possibilitaram melhores condições de vida”.

Esses achados divergem da pesquisa de Cardoso & Matsukura (2012), com 127 terapeutas ocupacionais do estado de São Paulo, os quais, em sua maioria, trabalham ou já trabalharam na educação inclusiva, por meio do desenvolvimento de práticas relacionadas com o processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais.

Portanto, se percebem novas perspectivas das práticas do terapeuta ocupacional na educação inclusiva, conforme Rocha, *et al* (2001), os resultados indicam um novo direcionamento das práticas, por meio de novas formas de relação dos terapeutas ocupacionais com a educação inclusiva.

O Piauí, diferente de outros estados do Brasil (por exemplo: São Paulo) ainda está muito aquém das práticas desenvolvidas pelo profissional terapeuta ocupacional no âmbito da educação inclusiva, tal fato pode estar relacionado à reduzida quantidade de profissionais no estado, sendo esta insuficiente para atender as demandas das escolas. A reduzida quantidade de profissionais relaciona-se ao fato de, apesar de já ter Instituição de Ensino Superior com Curso de Terapia Ocupacional, este ainda encontra-se em andamento, não tendo no momento profissionais genuinamente formados no Piauí, situação que poderá ser amenizada a partir de 2017, momento que se forma a primeira turma de Terapia Ocupacional do Estado do Piauí, com previsão de 19 profissionais a mais no estado, e a partir desse período, todo semestre formarão outros profissionais terapeutas ocupacionais.

Essa reduzida atuação do terapeuta ocupacional no Piauí na educação inclusiva também fez despertar questionamentos quanto à preparação dos profissionais para atuar nesse contexto, afinal, como lembra Matoan (2010): “a inserção e o suporte de profissionais da área da saúde na educação inclusiva estão presentes em documentos legais, quando se refere ao papel dos demais profissionais em congruência com a escola inclusiva”.

Além da quantidade de profissionais terapeutas ocupacionais serem insuficientes para atender a demanda das escolas no estado do Piauí, outro fator deve ser mencionado, ou

seja, a qualificação profissional para atuar na área da educação inclusiva, não que os profissionais não sejam capacitados, até o são, mas em outras áreas de atuações, que conforme mencionado durante a pesquisa, a atuação é desenvolvida em três grandes áreas: saúde, educação e campo social.

Nessa perspectiva, a preparação dos professores deve ser pensada e muito bem planejada para que eles venham contribuir no processo de educação inclusiva, seja ela em meio escolar ou em outros setores, segundo Martins (2006) “por meio de uma prática pedagógica reflexiva, a qual deve ser iniciada ainda na graduação do terapeuta ocupacional, que, além da oportunidade para uma avaliação constante, possibilite também a mudança, quando necessária”.

Pelosi & Nunes (2011) evidenciam em sua pesquisa que a inserção dos terapeutas ocupacionais no processo de inclusão escolar parece ser uma consequência da comunicação da profissão com a educação especial e com os processos de inclusão social em geral. No entanto, essa inserção precisa reestruturar seus conceitos e suas ações para respaldar suas práticas em ações com confiança e dotadas de responsabilidade, diante do desafio que representa a inclusão escolar, considerando as transformações na grade escolar e os antigos tabus que envolvem tal processo.

Esta realidade é perceptível também no Piauí, pois a atuação profissional no estado acontece, na sua maioria, em ambiente clínico, conforme dados apresentados na pesquisa, na qual 100% responderam que o atendimento acontece em ambiente clínico, e alguns responderam que atuam com procedimentos através de visitas escolares.

Outro ponto a ser considerado se refere ao fato de que o profissional terapeuta ocupacional, além de participar das ações escolares diretamente com os alunos, também atrela suas práticas em ações diversas propostas pela escola, seja com os professores, os familiares, a gestão, permitindo ações que promovem, enquanto equipe educacional, melhoria no processo de aprendizagem dos alunos, estas ações são realizadas, conforme mencionada ao longo da pesquisa, através de adaptações físicas na escola, adaptações em materiais pedagógicos, orientações aos professores e familiares, dentre outras.

Tabela 1: Determinação do perfil das crianças quanto à idade e ao tipo de deficiência apresentada; Teresina-Pi, 2015

A Tabela 1 apresenta o perfil das crianças com que os cinco terapeutas ocupacionais tiveram contato na educação inclusiva. Quanto à faixa etária, três (60%) dos entrevistados trabalharam com crianças de zero a cinco anos de idade, seguidos de dois (40%) que trabalharam com crianças de duas faixas etárias, de zero a cinco anos e de seis a dez anos e, por último, de um (20%) profissional que trabalhou com três faixas etárias, crianças de zero a cinco anos, de seis a dez anos e de 11 a 15 anos.

O nível de deficiência mais prevalente com que os terapeutas ocupacionais já trabalharam foi o de crianças com deficiência intelectual ou física, com dois (40%) profissionais. Desses dois profissionais, um (20%) atendeu somente crianças com deficiência intelectual, o outro (20%) que atendeu crianças com deficiência, além da deficiência física e intelectual, atendeu também crianças com superdotação e, um (20%) que além de atender crianças com deficiência intelectual e física, atendeu também crianças com deficiência visual e auditiva.

Rocha, *et al.*, (2001), em sua pesquisa “A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional” também encontraram resultados semelhantes, nos quais a maioria dos terapeutas ocupacionais entrevistados, ao trabalhar na educação inclusiva, atuam com crianças, com diversos graus de deficiência, entre zero e cinco anos de idade. Dessa forma, quando o profissional se depara com deficiências intelectual, mental, física, cognitiva, visual, auditiva, dentre outras, deve considerar as diferentes possibilidades e dificuldades, independentemente da patologia. Ou seja, o terapeuta ocupacional deve estar preparado para a inclusão e capacitado para diferentes estratégias de atuação, possíveis de serem aplicadas com diferentes alunos, independentemente de a criança apresentar, ou não, algum tipo de deficiência.

Tabela 1: Determinação do perfil das crianças quanto à idade e ao tipo de deficiência apresentada; Teresina-Pi, 2015

Variáveis	Nº de pesquisas	%
Faixa etária (anos)		
0 a 5	3	60
0 a 5 + 6 a 10	2	40
0 a 5 + 6 a 10 +11 a 15	1	20
16 ou mais		
Tipo de deficiência apresentada		
Deficiência intelectual	1	20
Deficiência intelectual+superdotação+outra	1	20
Deficiência intelectual+física+visual+auditiva+outras	1	20
Deficiência intelectual+física	2	40
TOTAL	5	100

Fonte: Entrevistas que a pesquisadora efetuou com terapeutas ocupacionais do Piauí.

Rocha, Luiz & Zulian (2003) ressaltam que o terapeuta ocupacional, ao se deparar com crianças de diferentes faixas etárias deve:

contribuir para indicar e encaminhar essas crianças aos serviços de saúde e de reabilitação necessários, e os familiares devem ser orientados a procurar os serviços que fornecem equipamentos de auxílio, tais como órteses, próteses e cadeiras de rodas, muitas vezes, necessários para que as crianças adquiram maior independência e conforto nas suas atividades escolares” (Rocha, Luiz & Zulian, 2003, p.77).

Acrescenta Corrêa (2010), que em muitos casos, a “deficiência se sobrepõe à pessoa, que deixa de ser considerada possuidora de qualidades, atributos e defeitos próprios da natureza humana e passa a ser simplesmente um deficiente ou um aleijado, desprovido de possibilidades e potencialidades”.

Além disso, constantemente, percebe-se a dificuldade que a sociedade tem para aceitar e, até mesmo, respeitar as crianças com deficiências e seus familiares, devido o despreparo e a falta de conhecimento. Diante dessa situação, torna-se imprescindível a participação da equipe de profissionais da escola (a saber: professores, diretores, terapeutas ocupacionais, outros), dos familiares e redes de suporte para garantir informação e assistências às crianças com necessidades especiais, reduzindo a discriminação e, conseqüentemente, promovendo a inclusão social.

O estado do Piauí, em atendimento à Resolução Nº 4, de 2 de outubro de 2009, que Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade de Educação Especial, recebe em suas escolas crianças e adolescentes que apresentam deficiência (física e/ou mental), embora as escolas sejam obrigadas a atender na perspectiva da educação inclusiva, é evidente que muitos obstáculos são identificados, desde a estrutura arquitetônica desadequada, material pedagógico não acessível a todas as demandas da educação inclusiva e profissionais com necessidade de qualificação.

Portanto, uma sociedade conhecedora da importância da inclusão social favorece o desenvolvimento educacional da criança, uma vez que ampara, respeita e defende os direitos e espaços inclusivos. Rocha, Luiz e Zulian (2003) acrescentam que o caminho da “concretização da sociedade inclusiva passa por ações de normatização não mais da pessoa com deficiência, mas da coletividade, na qual todos devem estar adaptados ao convívio com as diferenças, preparados para elas, aceitando-as como possibilidade de existência”.

Sobre a importância da conscientização da sociedade, como mencionado acima, Trevisan e Barba defendem que:

“A mudança do modelo de integração/reabilitação que, por muito tempo, predominou na educação, para um modelo inclusivista/social trouxe consigo a ideia de que o déficit individual deixa de ser visto como de responsabilidade única do indivíduo que o apresenta e passa também a ser de responsabilidade do meio onde ele vive. Isso envolve aceitar as crianças com necessidades educacionais especiais como elas são, com suas diferenças individuais.” (Mittler, 2003; Mendes, 2002; Martins, 2006 *apud* Trevisan & Barba, 2012, p.90).

Dessa maneira, a melhor forma de lidar com o diferente é o preparo técnico e emocional dos profissionais envolvidos nesse processo, em que o respeito, a empatia, a serenidade e a responsabilidade devem fazer parte da atuação, principalmente ao cuidar de seres humanos tão fragilizados, que são as crianças com deficiência. Além disso, a postura ética contribui para o reconhecimento das necessidades e para o planejamento das intervenções. Para Jorge (1999):

“Se entende por empatia a capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar de sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal e não-verbal o permite... a empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele vê, e mais ainda, é a capacidade do terapeuta em comunicar

claramente a percepção deste mundo ao paciente.”
(Jorge, 1999, p.27).

Corrêa (2004), acrescenta:

A escolaridade dos alunos com necessidades especiais deve ter início na educação infantil, permitindo a identificação dessas necessidades educacionais especiais e a estimulação do desenvolvimento integral do aluno. Após essa fase, o aluno, a partir dos sete anos, deve prosseguir nos mesmos níveis, mesmas etapas e modalidades de educação e ensino dos demais educandos” (Corrêa, 2004, p.82).

Contudo, torna-se importante identificar nas pessoas com necessidades especiais suas potencialidades, reconhecendo-as com capazes de se desenvolvem em diversos aspectos, tanto educacional, profissional e pessoal. Segundo Baptista (2006), essa visão ajudaria a ampliar e a alcançar desde aqueles que têm necessidades especiais permanentes ou temporárias, com toda a ordem de limitações, provenientes ou não de problemas médicos, até aqueles que não têm sucesso na escolaridade regular.

Dessa forma, todas as pessoas deveriam poder ter acesso a um ambiente que fosse propício ao seu desenvolvimento e que tivesse condições favoráveis para isso. De acordo com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, a integração da pessoa com deficiência deve passar pelo reconhecimento efetivo de que toda criança é especial, eliminando-se a segregação e a discriminação, por meio de um trabalho heterogêneo, com destaque para a individualidade e a capacidade de cada educando. Nessa perspectiva, Garcia e Michels conceituam inclusão e integração do seguinte modo:

“O termo "integração" está presente nos títulos dos trabalhos até o ano de 2001. A partir de 2002, ganha a cena o conceito "inclusão", algumas vezes nomeando a política e outras qualificando a educação como "inclusiva". O primeiro conceito - "integração" - foi trabalhado no sentido da integração institucional, mais especificamente a integração escolar e em oposição à "segregação". O conceito "inclusão" foi tratado nos títulos como antagônico de "exclusão" e em referência a políticas de inclusão, de modo genérico ou específico, políticas de inclusão escolar, e ainda como qualificação da educação - "educação inclusiva" - e da Educação Especial - "educação especial inclusiva". Em um título o termo ganha um caráter de ação política, assumindo o sentido de "inclusão de alunos"(Garcia & Michels, 2011).

No Piauí existem alguns centros de referência que dão suporte às demandas da educação inclusiva, a referir: o Centro Integrado de Educação Escolar – CEIR, a Associação de Pessoas com Deficiência – APAE e Associação da Pessoa com Deficiência Auditiva, entre outros, que atendem crianças e adolescentes tanto no processo de reabilitação como também no suporte ao processo de aprendizagem educacional.

Tabela 2: Relação do terapeuta ocupacional com o processo de inclusão escolar

Em outro momento, os cinco terapeutas ocupacionais, os quais referiram contato com a educação inclusiva, foram questionados quanto à forma que sua atuação se relacionou com o processo de inclusão escolar. Todos disseram que esse contato se deu por meio do ambiente clínico, seja, o terapeuta ocupacional em consultório ou em outras instituições, além desses, outros três (60%) referiram ter tido contato devido a orientações esporádicas a escolas regulares, outros dois (40%), referiram participação em equipe de apoio em escolas inclusivas regulares e, um (20%) referiu contratação para atendimento especializado em terapia ocupacional em escola regular. Não foi referido, pelos entrevistados, presença permanente em escola regular e em pesquisa na área de educação inclusiva. Esses dados foram evidenciados na Tabela 2.

Tabela 2: Relação do terapeuta ocupacional com o processo de inclusão escolar

De que forma sua atuação se relaciona com o processo de inclusão escolar?	Porcentagem (%)	Frequência (n)
A partir do atendimento em ambiente clínico (consultório, instituição) de crianças em processo de inclusão escolar	5	100
Orientações esporádicas a escolas regulares	3	60

Participação em equipe de apoio em escolas inclusivas regulares	2	40
A partir da atuação em escola especial	0	0
A partir da pesquisa na área da inclusão escolar	0	0
Contratação para atendimento especializado em terapia ocupacional em escola regular	1	20
Outras	0	0

Fonte: Entrevistas que a pesquisadora efetuou com terapeutas ocupacionais do Piauí.

Esses achados corroboram com a pesquisa de Cardoso, P. T. e Matsukura, T. S. (2012) “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”, a qual apontou que 85% dos entrevistados realizam suas práticas de educação inclusiva em ambiente clínico. Cruz & Dimov (2005) também identificaram resultados semelhantes e ressaltam que “a terapia ocupacional pode ir além da atuação clínica, encontrando também na sua área de atuação a docência, pesquisa, gestão de serviços, adaptação de material e espaço físico, assessoria e supervisão”.

É importante esclarecer que o Piauí é um estado que recebe em suas escolas crianças com deficiências, mas, conforme mencionado anteriormente, a Resolução Nº 4, de 2 de outubro de 2009, determina que as escolas devem acolher e dispor de uma educação inclusiva. Entretanto, embora as escolas atendam essas crianças, foi observado na pesquisa que o terapeuta ocupacional não está atuando com todo seu potencial na escola, e sim, através de atendimento clínico, em sua maioria, e em alguns casos, através de visitas esporádicas à escola.

Dessa maneira, considera-se que o Piauí ainda precisa avançar muito no que diz respeito às práticas do terapeuta ocupacional no processo de aprendizagem na perspectiva da educação inclusiva, não podendo limitar suas práticas ao atendimento clínico, visto sua importância nesse processo para o desenvolvimento dessas crianças, para o apoio aos familiares e também aos professores. Além disso, esses profissionais podem contribuir para

oferecer um panorama geral dos diferentes tipos de deficiências e de outras características de alunos que irão requerer atenção por parte dos professores do ensino regular.

Ao avaliar a experiência da terapia ocupacional na educação inclusiva, constataram que ela “se encontrava restrita ao acompanhamento de alunos em escolas especiais ou em instituições relacionadas ao atendimento clínico, que preparavam os indivíduos para uma inserção social ainda pouco voltada para a escola comum” (Rocha, 2001, *apud* Cardoso e Matsukura, 2012).

Contudo, as práticas dentro de escolas de ensino regular ainda são consideradas insuficientes para atender as reais necessidades das crianças com necessidades especiais, uma vez que estas práticas acontecem indiretamente, através de atendimentos em consultórios/clínicas e outras formas apresentadas na pesquisa. Segundo Toyoda & Lourenço (2008), *apud* Lourenço e Barboza (2010), também identificaram em sua pesquisa que a “intervenção do terapeuta ocupacional na inclusão escolar tem sido realizada e relatada no país a partir de atuações em serviços especializados, na forma de consultoria, em cargos de gestão, diretamente como colaboradores dos professores e também dos próprios alunos, principalmente nos anos de ensino fundamental”.

Jurdi & Amiralian (2006) identificaram resultados semelhantes e acrescentam que “a transformação não pode ser compreendida apenas como uma transformação do ambiente, mas também do indivíduo com deficiência que precisa ressignificar sua prática, sendo capaz de utilizar a sua atividade de forma mais significativa e criativa”.

Refletindo sobre a atuação do terapeuta ocupacional no processo de educação inclusiva, fica clara a necessidade de direcionar suas intervenções, independente do ambiente de atendimento, numa perspectiva de potencializar as capacidades remanescentes das crianças com necessidades especiais, estimulando a aprendizagem, possibilitando, dessa maneira, melhor autonomia e independência a elas.

Nesse sentido, Glat defende:

“A Educação Inclusiva não pode significar, portanto, como levianamente vem acontecendo em alguns sistemas escolares, a descontinuidade dos serviços da

Educação Especial. Muito pelo contrário, de certa forma, esses serviços são até ampliados na medida em que esta deixa de ser uma modalidade paralela, tornando-se um elemento integrante e integrador presente no cotidiano de todas as escolas.” (Glat, 2007, p.87).

Assim e no que se refere às possibilidades de intervenções, considera-se a terapia ocupacional como uma profissão que pode contribuir com a educação inclusiva, não só em sua prática clínica/consultórios, mas também em outros contextos escolares, pois apresenta-se como uma especialidade habilitada para conduzir, estimular, desenvolver, capacitar crianças e adolescentes que apresentam alguma limitação de aprendizagem.

Sendo assim, os terapeutas ocupacionais devem adotar a educação inclusiva como proposta, atendendo às particularidades das crianças, bem como potencializando suas funcionalidades e desempenhos ocupacionais. Conforme referido anteriormente, para Carvalho (2013), o “uso da atividade não é uma ‘receita de bolo’ e, portanto, não há um único recurso específico para cada queixa, pois cada pessoa é única”. Ressalta, ainda, a necessidade da construção de um campo de conhecimento para atender o valor subjetivo do indivíduo, tornando-se importante para atendê-lo na perspectiva de suas reais peculiaridades e necessidades.

Tabela 3: Principais ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais no processo de inclusão escolar

Em seguida, os terapeutas ocupacionais trouxeram as ações que utilizam durante a educação inclusiva. Conforme apresentado anteriormente, foram entrevistados 11 profissionais terapeutas ocupacionais, desses somente 5 afirmaram já ter trabalho com a educação inclusiva. Todos os cinco (100%) profissionais sugerem orientações gerais ao professor na escola regular e orientações específicas sobre o uso de tecnologia assistiva e/ou mobilitária, e quatro (80%) realizam orientação à família em relação à escola e à inclusão. Além das ações mencionadas, dois (20%) dos profissionais referiram intervenções através de

atividades em ambiente clínico/instituição para o desenvolvimento de habilidades cognitivo-motora da criança em processo de inclusão escolar, e outros dois (20%) profissionais mencionaram também orientações gerais à escola regular. Esses dados foram representados na Tabela 3.

Tabela 3: Principais ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais no processo de inclusão escolar

Ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais	Porcentagem (%)	Frequência (n)
Orientação à família em relação à escola e à inclusão	4	80
Orientações gerais ao professor na escola regular	5	100
Atividades em ambiente clínico/instituição para o desenvolvimento de habilidades cognitivo-motora da criança em processo de inclusão escolar	2	40
Orientações gerais à escola regular	2	40
Orientações específicas sobre uso de tecnologia assistiva e/ou mobiliária	5	100
Treinamento de Atividades de Vida Diária na clínica/instituição e orientação para essas atividades na escola regular	1	20

Fonte: Entrevistas que a pesquisadora efetuou com terapeutas ocupacionais do Piauí.

Cardoso, P. T. e Matsukura, T. S. (2012). “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”. In: *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*. 23. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php>, também identificaram resultados semelhantes, em que 95% dos entrevistados disseram realizar orientação à família em relação à escola e à inclusão e 89,8% apontaram suas ações relacionadas às orientações gerais ao professor na escola regular.

Para que as práticas do terapeuta ocupacional sejam alicerçadas em um saber técnico, faz-se necessário que eles, ainda no processo de formação inicial, tenham contato com as

questões referentes à educação inclusiva, principalmente quanto às possibilidades de atuação a partir da educação infantil, levando em consideração os aspectos da promoção do saber, por meio de orientações nas condutas dos familiares e dos educadores frente a crianças especiais, pois são eles os atores principais nesse processo.

Ao se pensar no trabalho dos terapeutas ocupacionais com os educadores e os familiares, Rocha (2007) refere que

“Com os educadores o objetivo deve ser direcionado ao aparecimento das dificuldades relacionais decorrentes de conteúdos afetivos e das emoções desencadeadas pela presença de pessoas com deficiências, em explicitar as potencialidades e necessidades desses estudantes e em apoiar as atividades coletivas, envolvendo a todos. Devem ser propostas ações que reúnam tais profissionais com os educadores para a discussão de temas relativos à presença do estudante com deficiência no contexto escolar através de oficinas, de palestras, de atividades psicodramáticas, entre outras possibilidades de construção de diálogos e trocas. Com os familiares e com a comunidade, facilitar a criação de encontros ou organização de grupos que possam discutir situações, problemas e encaminhamentos relacionados à inserção dos estudantes com deficiência no processo educativo e na constituição de diferentes apoios comunitários.” (Rocha, 2007, p.125).

Dessa maneira, a atuação da terapia ocupacional na educação é considerada importante e cheia de benefícios, visto que pode contribuir no acompanhamento e na avaliação de diferentes experiências, ampliando o diálogo em diferentes níveis (família, discente e educadores), no intuito de que as ações sejam desenvolvidas por tecnologias apropriadas, e essas, por sua vez, sejam testadas, sistematizadas e socializadas.

Trevisan & Barba (2012) enfatizam a necessidade constante de se “rediscutirem e se repensarem as formas de intervenção, no sentido de trazer novos olhares para a pessoa com deficiência, desenvolver ações efetivas para o empoderamento dos sujeitos envolvidos e facilitar a construção de soluções no contexto escolar”.

Pensando o processo educativo, bem como suas variáveis, Carvalho, enfatiza que:

“...há que examinar todas as variáveis do processo educativo escolar, envolvendo as pessoas da escola

(educadores, gestores, alunos, apoio administrativo); o ambiente físico (em termos de acessibilidade), os recursos financeiros e materiais (origens, quantidades, periodicidade de recebimento, manutenção de equipamentos e instalações), os graus de participação da família e da comunidade (parcerias), a filosofia de educação adotada (se tradicional ou não), o projeto político pedagógico construído pela comunidade escolar (natureza do documento, autores, destinação), a prática pedagógica (se mais centrada no ensino ou na aprendizagem), os procedimentos de avaliação (formativa, somativa, formal, informal), dentre outros aspectos (Carvalho, 2003, p.61).

Tabela 4: Intervenções e ações bem-sucedidas referidas nos depoimentos

A Tabela 4 apresenta as intervenções e as ações bem sucedidas apontadas nos depoimentos dos terapeutas ocupacionais no que se refere à educação inclusiva, sendo que todos eles alcançaram como principal benefício o desenvolvimento neuropsicomotor ou a evolução clínica das crianças em processo de inclusão escolar, e quatro (80%) referiram maior participação e autonomia nas atividades escolares e na socialização: transformações de comportamento e de atitude, tanto dos alunos acompanhados no ambiente escolar quanto dos profissionais da escola e dos outros alunos. Além desta descoberta, outros quatro (80%) referiram a sensibilização, a conscientização e a discussão com familiares, alunos e profissionais envolvidos com educação especial e com o processo de inclusão escolar. Além destas descobertas, outros três (60%) profissionais referiram resultados positivos nas adequações e nas adaptações em sala de aula regular e no desenvolvimento pedagógico: implementação da tecnologia assistiva e da comunicação alternativa e adaptação de atividades pedagógicas e, dois (40%) profissionais mencionaram inclusão ou inserção na escola regular: preparação e/ou capacitação da escola e dos professores para receber alunos com necessidades especiais e a efetivação da inclusão ou a inserção na escola regular (creches, escolas de ensino infantil e fundamental e universidades).

Segundo Cruz & Dimov (2005), um dos princípios do desenvolvimento humano diz que, nas primeiras etapas da vida, é muito difícil separar as funções intelectuais e afetivas das motoras. Portanto, avalia-se a inteligência, nesse período, por meio do desenvolvimento

sensorio-motor. Assim, um retardo no desenvolvimento neuropsicomotor pode ser muito significativo e um indicativo da necessidade de atendimento precoce.

Tabela 4: Intervenções e ações bem-sucedidas referidas nos depoimentos

Intervenções e ações bem-sucedidas relacionadas ao processo de inclusão escolar	Porcentagem (%)	Frequência (n)
Inclusão ou inserção na escola regular: preparação e/ou capacitação da escola e dos professores para receber alunos com necessidades especiais e a efetivação da inclusão ou a inserção na escola regular (creches, escolas de ensino infantil e fundamental e universidades)	2	40
Maior participação e autonomia nas atividades escolares e socialização: transformações de comportamento e de atitude, tanto dos alunos acompanhados no ambiente escolar quanto dos profissionais da escola e dos outros alunos	4	80
Resultados positivos nas adequações e nas adaptações em sala de aula regular e no desenvolvimento pedagógico: implementação da Tecnologia Assistiva e da comunicação alternativa e adaptação de atividades pedagógicas	3	60
Sensibilização, conscientização e discussão com familiares, alunos e profissionais envolvidos com educação especial e com o processo de inclusão escolar	4	80
Desenvolvimento neuropsicomotor ou a evolução clínica das crianças em processo de inclusão escolar	5	100

Fonte: Entrevistas que a pesquisadora efetuou com terapeutas ocupacionais do Piauí.

Foi possível interpretar, pelos resultados acima, que a atuação do terapeuta ocupacional buscou contribuir, além do desenvolvimento neuropsicomotor e a evolução clínica, com o suporte à família e proporcionou maior desenvolvimento de comportamentos e de atitudes dos alunos, possibilitando maior autonomia e, conseqüentemente melhor desenvolvimento de aprendizagem. Outro fator bem-sucedido mencionado pelos terapeutas ocupacionais foi a utilização de tecnologia assistiva e adaptação de atividades pedagógicas.

Todas as intervenções e ações bem-sucedidas vêm corroborar com as especificidades, já mencionadas noutro momento da pesquisa, das práticas terapêuticas ocupacionais, uma vez que estão voltadas para proporcionar/estimular/desenvolver a atividade humana em seus variados aspectos, no caso da presente pesquisa, no contexto da educação inclusiva.

Barba & Minatel (2013), ao realizarem uma pesquisa em duas escolas privadas de grande porte em São Paulo, identificaram resultados positivos quanto à efetivação da inclusão escolar, enfatizando “a possibilidade de auxílio aos atores envolvidos no processo, permitindo a conscientização quanto à diversidade, a necessidade de o ambiente facilitar a inclusão das crianças e não apenas elas se adaptarem ao que é esperado tradicionalmente nos ambientes escolares”.

Diante das possibilidades de ações e intervenções bem-sucedidas no processo da educação inclusiva, fica evidente que o profissional terapeuta ocupacional é um facilitador no processo de estimulação, desenvolvimento e adaptação de crianças e adolescentes no ambiente escolar. Permitindo atrelar suas práticas no auxílio com diversos atores envolvidos na escola, a referir: professores, gestores e familiares, e como já mencionado ao longo da pesquisa, principalmente ao aluno.

Cardoso e Matsukura (2012) vêm corroborar com os resultados apresentados na presente pesquisa, uma vez que referem as principais ações descritas pelos terapeutas ocupacionais foram “orientação dos professores, orientação da escola em geral e a orientação para adequação/adaptação de espaços físicos”.

Contudo, a atuação do terapeuta ocupacional, perante a educação inclusiva, vem ganhando destaque na literatura nacional (a saber: Cardoso, P. T. e Matsukura, T. S. (2012) “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”; Barba, P. C. S., e Minatel, M. M. (2013) “Contribuições da Terapia Ocupacional para a inclusão escolar de crianças com autismo”; Jurdi, A. P. S. e Amiralian, M. L. T. M. (2006) “A inclusão escolar de alunos com deficiência mental: uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no cotidiano escolar”; Lourenço, G. F. e Barboza, M. F. (2010). “Possibilidades de ação do terapeuta ocupacional na educação infantil: congruência com a proposta da educação inclusiva”; entre outras pesquisas), demonstrando resultados satisfatórios. Entretanto, torna-se

importante mencionar que se observam muitas limitações e dificuldades para, efetivamente, o terapeuta ocupacional atuar nas escolas.

Tabela 5: Obstáculos e desafios na realização do trabalho do terapeuta ocupacional na inclusão escolar

Considerando que somente 5 terapeutas ocupacionais afirmaram já ter trabalho com a educação inclusiva, do total de 11 que foram entrevistados, a Tabela 5 vem apresentar como principais obstáculos na realização do trabalho do terapeuta ocupacional a falta de preparação dos professores para receber alunos com necessidades especiais em suas salas de aula regulares e a falta de preparação da equipe da escola regular para com o processo de inclusão escolar, ambos referidos por 100% dos profissionais. Seguido desses obstáculos, três (60%) profissionais também mencionaram a falta de recursos materiais (material para adaptação, dentre outros) na escola regular e, na mesma proporção mencionaram dificuldade da escola regular em receber orientação de terapeutas ocupacionais que atendem, em clínica, crianças incluídas e, outros 2 (40%) profissionais referiram limitações estruturais da escola regular para a atuação do terapeuta ocupacional nesse ambiente e, na mesma proporção mencionaram obstáculos quanto à limitação de tempo para a atuação do terapeuta ocupacional na escola regular. Por fim, apenas um (20%) profissional expôs falta de cooperação dos familiares no trabalho da terapia ocupacional. Não foi evidenciado por nenhum dos profissionais a falta de cooperação do professor no trabalho da terapia ocupacional.

Alguns autores também identificaram as mesmas dificuldades na atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva no Brasil, e justificam esse fato pela falta de informação e de divulgação do trabalho desse profissional nessa área, o que remete à precariedade do ensino no Brasil e à falta de recursos assistências para esse público Cardoso & Matsukura, (2012); Jurdi & Amirallan (2006); Jurdi, *et al.*, (2004) e Lopes & Silva, (2007).

Tabela 5: Obstáculos e desafios na realização do trabalho do terapeuta ocupacional na inclusão escolar

Obstáculos e desafios	Porcentagem (%)	Frequência (n)
Falta de preparação dos professores para receber alunos com necessidades especiais em suas salas de aula regulares	5	100
Falta de preparação da equipe da escola regular para o processo de inclusão escolar	5	100
Falta de recursos materiais (material para adaptação, dentre outros) na escola regular	3	60
Limitações estruturais da escola regular para a atuação do terapeuta ocupacional nesse ambiente	2	40
Limitação de tempo para a atuação do terapeuta ocupacional na escola regular	2	100
Dificuldade da escola regular em receber orientação de terapeutas ocupacionais que atendem, em clínica, crianças incluídas	3	60
Falta de cooperação dos familiares no trabalho da terapia ocupacional	1	20
Falta de cooperação do professor no trabalho da terapia ocupacional	0	0
Outros	0	0

Fonte: Entrevistas que a pesquisadora efetuou com terapeutas ocupacionais do Piauí.

Apesar das dificuldades apresentadas para a atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva, torna-se salutar investir nas suas práticas no ambiente escolar, uma vez que, conforme os dados apresentaram, suas atuações favorecem, tanto o desenvolvimento dos alunos, como contribui com a escola, professores e familiares. Cardoso e Matsukura (2012) consideram importante o investimento na atuação do terapeuta ocupacional pois “encontram envolvidos com a preparação das escolas e dos professores e identificam suas ações como fator contribuinte”.

Barba & Minatel (2013) também identificaram resultados semelhantes no que diz respeito às dificuldades da atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva nas escolas. Os autores “ressaltam a necessidade de uma maior divulgação do trabalho desses profissionais na rede regular de ensino, bem como a realização de estudos frente a essa problemática, a fim de vislumbrar uma inclusão efetiva e de qualidade, superando estigmas e preconceitos”.

A pesquisa, à medida que identifica como maiores obstáculos a falta de preparação dos professores e da equipe da escola frente ao processo de educação inclusiva, sinaliza a necessidade das escolas do estado do Piauí investirem em capacitação/qualificação de seus profissionais, munindo-os de técnicas, conhecimentos e estratégias educacionais eficientes e eficazes para atender na perspectiva da educação inclusiva. Contudo, a terapia ocupacional, com suas especificidades na nesse âmbito educacional é uma profissão que pode contribuir tanto com os professores como com toda a equipe da escola, uma vez que direciona para práticas que facilitam o processo de ensino aprendizagem da pessoa com deficiência, pois conforme os resultados obtidos na pesquisa, dentre as ações bem-sucedidas observa-se as transformações de comportamento e de atitude, tanto dos alunos quanto dos profissionais da escola.

Pensando nas dificuldades da atuação do terapeuta para a educação inclusiva, Sumsion relata que

“O terapeuta tem considerável conhecimento para contribuir neste processo e superar muitas dificuldades, mas também deve se tornar educador e facilitador em remover obstáculos para o alcance das metas combinadas. O desafio para o terapeuta é apresentar as informações de modo que seja claramente compreendido pelo cliente, isto necessita de uma comunicação habilidosa para avaliar qual método de educação será mais bem sucedido com os diversos clientes. A comunicação é um fator crucial na educação, o aprendizado seria melhor tanto para o terapeuta quanto para o cliente se os terapeutas escutassem e respondessem em um nível apropriado. É importante lembrar que os clientes são especialistas de suas próprias forças e problemas.” (Sumsion, 2003, p.33).

Sendo assim, se faz necessário que a terapia ocupacional busque mostrar sua importância em diferentes contextos de educacionais, pois, apesar das dificuldades apontadas, foi possível elucidar a importância da atuação desse profissional para a educação inclusiva, mediante a concepção de novos saberes e da disponibilidade de informações concretas dessa atuação.

Contudo, foi possível identificar que não há uma causa única para as dificuldades na atuação do terapeuta ocupacional na educação inclusiva no estado do Piauí, mas, sim, uma junção de fatores que interagem uns com os outros, limitando a sua atuação e fazendo com que as suas práticas sejam menos acessíveis às escolas, levando à falta de conhecimento dos professores, gestores, familiares e sociedade em geral e, principalmente, limitando o acesso dos benefícios das práticas terapêuticas ocupacionais às crianças que apresentam limitações e que, certamente, é nossa firme convicção, seriam beneficiadas com as intervenções propostas pela terapia ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A educação é um fenômeno social complexo, pois toda a organização e funcionamento da sociedade constituem-se em uma situação educativa, na medida em que representam as manifestações das produções e criações humanas veiculadas por meio das relações sociais. A origem da educação confunde-se com as origens do próprio homem, quando os processos educativos coincidiam com o próprio ato de viver e sobreviver.” (Araújo & Almeida, 2005, p.25).

A educação constitui o próprio fazer humano, se manifestando na multiplicidade de ações e de relações conjunturais no entorno social.

Diante da multiplicidade de ações que permeiam o processo educacional, a presente pesquisa pretende ser uma contribuição para o estudo e a análise da educação, com um direcionamento mais virado à educação inclusiva, cujas análises seguiram sob perspectiva das práticas da terapia ocupacional.

Conforme mencionado ao longo das páginas da pesquisa, com o passar dos anos, a educação inclusiva ganhou impulso na luta por mudanças de meios integrativos, possibilitando às pessoas especiais respeito e oportunidade de desenvolvimento, seja ele físico, social, cultural e/ou educacional, para que possa ser aceito com suas singularidades e suas incapacidades, e, principalmente, na conquista de espaços para desenvolver suas habilidades, respeitando suas potencialidades e suas limitações.

Contudo, sendo a terapia ocupacional uma profissão que atua em três grandes áreas, na saúde, na educação e na assistência social, buscou-se, na presente pesquisa, elencar as práticas desenvolvidas e os desafios encontrados pelo terapeuta ocupacional na educação inclusiva. Dentre as práticas desenvolvidas, identificaram-se:

- ✓ Orientação à família em relação à escola e à inclusão;
- ✓ Orientações gerais ao professor na escola regular;
- ✓ Atividades em ambiente clínico/instituição para o desenvolvimento de habilidades cognitivo-motoras da criança em processo de inclusão escolar;

- ✓ Orientações gerais à escola regular;
- ✓ Orientações específicas sobre uso de tecnologia assistiva e/ou mobiliária;
- ✓ Treinamento de AVDs na clínica/instituição e orientação para essas atividades na escola regular.

Os desafios e os obstáculos apresentados pelos terapeutas ocupacionais para a atuação no contexto da educação inclusiva identificados na pesquisa abrangem:

- ✓ Falta de preparação de número significativo dos professores para receber alunos com necessidades especiais em suas salas de aula regulares;
- ✓ Falta de preparação da equipe da escola regular para o processo de inclusão escolar;
- ✓ Falta de recursos materiais (material para adaptação, dentre outros) na escola regular;
- ✓ Limitações estruturais da escola regular para a atuação do terapeuta ocupacional nesse ambiente;
- ✓ Limitação de tempo para a atuação do terapeuta ocupacional na escola regular;
- ✓ Dificuldade da escola regular em aceitar receber orientação de terapeutas ocupacionais que atendem, em clínica, crianças incluídas;
- ✓ Falta de cooperação dos familiares no trabalho da terapia ocupacional.

Além das informações indicadas acima, na pesquisa, buscou-se, também, descrever a atuação da terapia ocupacional no processo da educação inclusiva. Para isso, fez-se todo um percurso histórico, fundamentado em diversos contextos – nacionais e mundiais – que justificam as práticas terapêuticas ocupacionais como necessárias no processo de desenvolvimento do ser humano que apresenta limitações, sejam de ordem física, mental, social e/ou intelectual, que venham a comprometer sua aprendizagem e seu desenvolvimento escolar.

Segundo Toyoda (2007), *apud* Babora, Paiva e Rossler (2012) a ação da terapia ocupacional no contexto escolar é caracterizada, principalmente, pelos seguintes aspectos:

“Avaliar e intervir com os alunos que apresentam dificuldades que interferem diretamente na aprendizagem e com as atividades funcionais da Escola;
Avaliar e intervir com os alunos que apresentam dificuldades na realização das atividades da vida diária;
Ensinar o correto manuseamento da criança/jovem com alterações neuromotoras durante as rotinas diárias;
Avaliar a necessidade de tecnologias de apoio facilitadoras da participação e do desempenho e realizar o treino de utilização das mesmas;
Desenvolver um trabalho colaborativo com a comunidade escolar, família e comunidade envolvente de forma a facilitar a plena integração dos alunos com deficiência e/ou dificuldade.” (Toyoda, 2007 *apud* Babora, Paiva e Rossler, 2012, p.127).

Portanto, mediante as bases conceituais da terapia ocupacional e todo o entorno de sua significação, torna-se necessário, também, fundamentar as condutas profissionais referindo algumas escolas chave que justificam as práticas terapêuticas ocupacionais. Segundo Hagedorn (2003), é inevitável que mais de uma teoria ou perspectiva sejam necessárias para explicar toda a complexidade e a riqueza de comportamentos, pensamentos e sentimentos. Para tanto, a autora apresenta uma diversidade de abordagens utilizadas nas práticas terapêuticas ocupacionais, a indicar:

- ✓ Fisiológico: fazemos o que nossos constituintes genéticos e funções eletroquímicas nos tornam capazes de fazer, em resposta ao estímulo interno e externo, para manter a homeostase e satisfazer as necessidades básicas de sobrevivência;
- ✓ Comportamental: desempenhamos e reagimos quando exigidos pelo ambiente. As ações são formadas e modificadas pelas consequências do último comportamento;
- ✓ Psicanalítica: agimos de acordo com impulsos ou experiências infantis e memórias inconscientes de relações e eventos passados;
- ✓ Cognitiva (e cognitiva comportamental): agimos de acordo com nossos pensamentos, sentimentos e percepções;
- ✓ Desenvolvimento: utilizamos habilidades apropriadas à nossa idade cronológica e/ou de desenvolvimento que fornecem oportunidades e um ambiente nutritivo para nos capacitar a fazê-las;

- ✓ Social: comportamo-nos como acreditamos que outras pessoas, grupos culturais ou sociais específicos, ou sociedade como um todo, esperam que nos comportemos;
- ✓ Humanista: fazemos nossas próprias escolhas sobre aquilo que fazemos, de acordo com aspectos fundamentais próprios a nós mesmos e aos outros;
- ✓ Ecológica: interagimos com nosso ambiente como parte de um sistema aberto, orgânico e adaptativo. Somos formados por nosso ambiente e reciprocamente formamos outras partes do sistema. (Hagedorn, 2003, p.21)

Por último, a presente pesquisa relacionou a importância das práticas desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional com a pessoa com deficiência, a escola e a família, por meio das atuações realizadas por esse profissional.

Contudo, por meio do levantamento de dados, foi possível identificar que, no estado do Piauí, existe pouca atuação do profissional terapeuta ocupacional nas escolas no sentido de proporcionar sua colaboração na educação inclusiva. Parte dessa pouca participação pode ser consequência da falta de compreensão e de conhecimento da atuação desses profissionais no processo de ensino-aprendizagem para indivíduos, em fase escolar, que apresentam necessidade especial. O levantamento também identificou que apenas 45% dos terapeutas ocupacionais participam na atuação profissional fora do espaço escolar, tal fato foi observado pela diferença mínima entre aqueles que possuem essa prática e aqueles que não a possuem.

Quanto ao perfil das crianças com que os terapeutas ocupacionais tiveram contato na educação inclusiva, 60% dos entrevistados informaram que trabalharam com crianças de zero a cinco anos de idade, seguidos de 40% de profissionais que trabalharam com crianças de duas faixas etárias, de zero a cinco anos e de seis a dez anos. O nível de deficiência mais prevalente que os terapeutas ocupacionais já trabalharam foi o de crianças com deficiência intelectual e física, com 40% dos profissionais.

Embora a atuação profissional seja pouca, os resultados obtidos confirmam a participação positiva dos terapeutas ocupacionais na educação inclusiva de crianças, quando ela efetivamente acontece, pois eles auxiliam as escolas por meio da sugestão de procedimentos que facilitam o cotidiano desses alunos em âmbito escolar, bem como instrumentalizam as técnicas dos educadores para programas educativos voltados à realidade

individualizada de cada criança e ajudam os seus familiares nesse processo de desenvolvimento de seus entes. Conforme resultados obtidos, quando questionados acerca das ações que adotam durante a educação inclusiva, 100% dos terapeutas ocupacionais fazem orientações gerais ao professor na escola regular e orientações específicas sobre o uso de tecnologia assistiva e/ou mobilitária, e 80% realizam orientação à família em relação à escola e à inclusão.

Além disso, a pesquisa pretende ser uma contribuição, fornecendo dados consistentes sobre as atuações e as contribuições do profissional terapeuta ocupacional em análise como colaborador para o pleno desenvolvimento educacional das crianças. As técnicas que são propostas pelos terapeutas ocupacionais e que ajudam no cotidiano das crianças, são disponibilizadas por meio das adaptações específicas necessárias aos alunos, mantendo o foco no papel social da escola e na necessidade de oferecer todos os meios possíveis para a educação adequada de todos.

Outro ponto que foi esclarecido se refere à necessidade da educação inclusiva ser amplamente discutida nos espaços educativos, uma vez que existe a nítida necessidade de mudanças nas concepções escolares a respeito da educação inclusiva e da atuação do terapeuta educacional nesse processo. Isso porque esse profissional contribui para o favorecimento de meios inclusivos, em que o indivíduo possa ser aceito, com suas singularidades e suas incapacidades e, principalmente, no qual ele possa desenvolver suas capacidades e suas potencialidades. Logo, os dados analisados confirmam essa necessidade, uma vez que apontam como principais obstáculos para a realização do trabalho do terapeuta ocupacional a falta de preparação de muitos dos professores para receberem alunos com necessidades especiais, bem como, também em muitos casos, a falta de preparação da equipe da escola regular para o processo de inclusão escolar. Nesse aspecto, 100% dos terapeutas ocupacionais confirmaram lidar com esses obstáculos nas suas práticas profissionais.

Assim, os resultados evidenciam que existe uma similaridade na atuação do terapeuta ocupacional quanto à proposta da educação inclusiva, principalmente com a perspectiva de atuação para promover o desenvolvimento e o aprendizado de todos os alunos, com a

participação e a preocupação em contribuir para a formação dos profissionais e da comunidade escolar, com reestruturação do ambiente.

No entanto, para que essa similaridade se desenvolva de forma plena, são necessárias mudanças nas escolas, partindo do princípio de que os indivíduos que apresentam necessidades especiais precisam, além da acessibilidade no ambiente escolar, também de aceitação da comunidade, de material acadêmico adaptado, capacitação dos docentes em poderem lidar com alunos com necessidades especiais em sua sala de ensino regular e toda uma estrutura de apoio que permita um melhor desenvolvimento destas pessoas. São necessárias, também, propostas pedagógicas que adequam o processo de ensino-aprendizagem e que promovam a inclusão social, entendendo que tais propostas devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional em que o terapeuta ocupacional pode e deve fazer parte.

Contudo, como ponto de vista pessoal, com base nos dados da pesquisa, percebo que o profissional terapeuta ocupacional pode contribuir significativamente no processo de ensino-aprendizagem com pessoas que apresentam necessidades especiais, uma vez que dispõe de práticas condizentes com as demandas dessas pessoas (a referir: adaptação de atividades escolares, acessibilidade, adaptação de mobiliários, capacitação docente, entre outras), permitindo, dessa forma, melhor desenvolvimento de autonomia e independência do indivíduo. Percebe-se ainda que a educação inclusiva teve avanços significativos nas últimas décadas, entretanto, muitos desafios (por exemplo: ampliar acessibilidade de ensino, cumprimento rigoroso das leis, conscientização da comunidade, entre outros) ainda têm que ser superados.

Finalizando, propondo a quem tenha interesse de pesquisar sobre a Terapia Ocupacional na perspectiva da Educação Inclusiva, temas como: novos modelos de metodologia de ensino na educação e suas interfaces com a terapia ocupacional; transição entre escolas tradicionais e novas perspectivas de educação; por fim, a terapia ocupacional e os anseios/medos/dúvidas familiares de quem convive com pessoas que apresenta necessidade especial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C.E.M. (2009). *O discurso de inclusão nas políticas de educação superior – (2003-2008)*. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. (Tese de Doutorado. Educação. 186 fls.).
- ALMEIDA, P. (2009). *Inclusão Escolar: A Terapia Ocupacional na Educação Infantil*. Disponível em: <http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=24210>. Acesso em: 25/11/2014, às 8h:00m.
- ALONSO, D. (2013). “Os desafios da educação inclusiva: foco nas redes de apoio.” In: *Revista Escola*. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/formacao/palavra-especialista-desafios-educacao-inclusiva-foco-redes-apoio-734436.shtml>. Acesso em: 03/01/2014, às 12h10m.
- AMARO, A., et al. (2005). *Metodologias de Investigação em Educação: A arte de fazer questionários*. Campo Grande: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto (Mestrado em Química para o Ensino). Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/a_arte_de_fazer_questionario.pdf. Acesso em: 03/7/2016, às 20h00m.
- AMARO, D.G. (2009). *Análise de procedimentos utilizados em uma proposta de formação contínua de educadores em serviço para a construção de práticas inclusivas*. São Paulo: Faculdade de Educação, da Universidade de São Paulo. (Tese de Doutorado. Educação. 257 fls.).
- ARAÚJO, C.M.M. e ALMEIDA, S.F.C. (2005). *Psicologia Escolar: construção e consolidação da identidade profissional*. Campinas: Alínea.
- AZEVEDO, M. L. N. (2008). *Políticas públicas e educação: debates contemporâneos*. Maringá: EDUEM.
- BABORA, F.P., PAIVA, S.J. e ROSSLER, M.T.F. (2012). “Educação Inclusiva: O Trabalho Transdisciplinar da Terapia Ocupacional”. In: *Revista Científica do Unisalesiano*. Ano 3, n.6, Lins – SP. Disponível em: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no6/artigo8.pdf>. Acesso em: 25/03/2015, às 18h30m.
- BAPTISTA, C. R. (2006). *Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas*. Porto Alegre: Mediação.
- BARBA, P. C. S., e MINATEL, M. M. (2013). “Contribuições da Terapia Ocupacional para a inclusão escolar de crianças com autismo”. In: *Caderno de Terapia Ocupacional*. 21. (p. 601-608). Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.062>. Acesso em: 02/08/2015, às 16h00m.

BENETTON, M. J. (1999). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional*. São Paulo: Diagrama e texto.

BONI, V. e QUARESMA, S. (2005). “Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais”. In: *Revista Eletrônica dos Pós-Graduados em Sociologia Política da UFSC*. 2. (p.68-80). Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>. Acesso em: 4/3/2015, às 18h15m.

BRASIL. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3/2/2015, às 21h15m.

_____. (1990). *Direitos humanos, instrumentos internacionais: documentos diversos*. Brasília: Senado Federal.

_____. (1996). *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Brasília: Secretaria de Educação Especial. Ministério da Educação e Cultura.

_____. (2001). *Resolução n. 2, de 11 de setembro de 2001*. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica. Ministério da Educação e Cultura (SEE/MEC). Brasília: Secretaria de Educação Especial.

_____. (2005) - Ministério da Educação Secretaria de Educação Especial. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/visaohistorica.pdf>. Acesso em: 12/04/2015, às 23h30m.

_____. (2008a). *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Ministério da Educação e Cultura. Brasília: Secretaria de Educação Especial.

_____. (2008b). *A Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva: a escola comum inclusiva*. MEC. Brasília: SEESP/MEC.

_____. (2009a). *Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

_____. (2009b). *Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009*. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília: Secretaria de Educação Especial.

CARDOSO, P. T. e MATSUKURA, T. S. (2012). “Práticas e perspectivas da terapia ocupacional na inclusão escolar”. In: *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*. 23. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php>. Acesso em: 15/12/2015, às 22h00m.

CARLO, M. M. R. P. e BATALOTTI, C. C. (2001). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus.

CARVALHO, A. F., et al. (2013). *Terapia Ocupacional na complexidade do sujeito*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Rubio.

CARVALHO, R. E. (2006). *Educação inclusiva com os pingos nos “is”*. (3ª ed.). Porto Alegre: Mediação.

CARVALHO, R.E. (2003). *Removendo barreiras para a aprendizagem*. Educação Inclusiva. (3ª ed.). Porto Alegre: Mediação.

CAZEIRO, A. P. M., et al. (2011). *Terapia Ocupacional: a terapia ocupacional e as atividades de vida diária, atividades instrumentais da vida diária e tecnologia assistiva*. Fortaleza: ABRATO.

CERVO, A.L., BERVIAN, P.A. e SILVA, R. (2007). *Metodologia Científica*. (6ª ed.), São Paulo: Pearson Prentice Hall.

CORRÊA, M.A.M. (2010). *Educação especial*. V.1. 5ª reimp. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ.

CRUZ, D. e DIMOV, T. (2005). “Uma discussão com docentes acerca das contribuições da Terapia Ocupacional na educação especial”. In: *Temas Sobre Desenvolvimento*. 14. (p.40-46). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src>. Acesso em: 25/07/2015, às 1h20m.

CURY, C. R. J. (2002). “Direito à Educação: Direito à Igualdade, Direito à Diferença”. In: *Cadernos de Pesquisa*. (p.245-262). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14405.pdf>. Acesso em: 20/08/2015, às 20h00m.

Faculdades Salesianas de Lins, Centros de Estudo de Terapia Ocupacional (CETO), World Federations of Occupational Therapist (WFOT) e Associação Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO), (2001). *Definições Terapia Ocupacional*. São Paulo.

FISCHMANN, R. (2009). “Constituição Brasileira, direitos humanos e educação”. In: *Revista Brasileira*. 14. (p.156-167). Disponível em: http://www.dhnet.org.br/educar/textos/fischmann_c_br_dh_educacao.pdf. Acesso em: 23/3/2016, às 14h00m.

FRANCISCO, B. R. (2003). *Terapia Ocupacional*. (2ª ed.). Campinas: Papirus.

- GARCIA, R.M.C. e MICHELS, M. H. (2011). “A política de educação especial no Brasil (1991-2011): uma análise da produção do GT15 - educação especial da ANPED”. In: *Revista Brasileira de Educação Especial*. 17. (p.105-24). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v17nspe1/09.pdf>. Acesso em: 20/02/2015, às 21h30m.
- GENTILLI, P. (2009). “O direito à educação e as dinâmicas de exclusão na América Latina”. In: *Educação e Sociedade*. 30. (p.1059-1079). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n109/v30n109a07.pdf>. Acesso em: 21/05/2015, às 23h50m.
- GIL, A.C. (2007). *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. (4ª ed.), São Paulo: Atlas.
- _____. (2010). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (10ª ed.). São Paulo: Atlas.
- GLAT, R. (2007). *Educação inclusiva: cultura e cotidiano escolar*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- HAGERDORN, R. (2003). *Fundamentos para a prática em terapia ocupacional*. São Paulo: Roca.
- HARLOS, F. E., DENARI, F. E. e ORLANDO, R. M. (2014). “Análise da estrutura organizacional e conceitual da educação especial brasileira (2008-2013)”. In: *Revista Brasileira de Educação Especial*. 20. (p.497-512). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v20n4/a03v20n4.pdf>. Acesso em: 04/03/2015, às 20h30m.
- JANUZZI, G. M. (2004). “A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI”. In: *Educar em Revista*. 35. (p.255-256). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n124/a1235124.pdf>. Acesso em: 15/02/2013, às 22h40m.
- JORGE, R. C. (1999). *Relação terapeuta paciente: notas introdutórias*. (2º ed.). Belo Horizonte: Gesto.
- JURDI, A. P. S. e AMIRALIAN, M. L. T. M. (2006). “A inclusão escolar de alunos com deficiência mental: uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no cotidiano escolar”. In: *Estudo de Psicologia*. 23. (p.191-202). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n2/v23n2a09.pdf>. Acesso em: 18/12/2013, às 20h50m.
- JURDI, A., BRUNELLO, M. e HONDA, M. (2004). “Terapia Ocupacional e propostas de intervenção na rede pública de ensino”. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 15. (p 26-32). Disponível em: www.revistas.usp.br/rto/article/view/15020. Acesso em: 5/8/2015, às 16h30m.
- LAKATOS, E. M. (2010). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto, relatório, publicações e trabalhos científicos*. (7ª ed.). São Paulo: Atlas.
- LOPES, R. E. e SILVA, C. R. O. (2007). “O campo da educação e demandas para terapia ocupacional no Brasil”. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 18. (p.158-164). Disponível em: www.revistas.usp.br/rto/article/view/14020. Acesso em: 4/3/2015, às 23h40m.

LOURENÇO, G. F. e BARBOZA, M. F. (2010). “Possibilidades de ação do terapeuta ocupacional na educação infantil: congruência com a proposta da educação inclusiva”. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 18. (p.169-79). Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/352>.

Acesso em: 15/2/2013, às 23h30m.

MANTOAN, M. T. E. (2010). “O atendimento educacional especializado na educação inclusiva”. In: *Inclusão Educação Especial*. 5. (p.12-15). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/defmental.pdf>. Acesso em: 3/3/2015, às 19h50m.

MARTINS, L. A. R. A. (2006). *Prática da educação para a inclusão: aprendendo a viver juntos*. (1ª ed.). Londrina: Eduel.

MEDEIROS, M. H. R. (2003). *Terapia Ocupacional um enfoque epistemológico e social*. São Paulo: EdUFSCar.

MENDES, E. G. (2006). “A radicalização do debate sobre inclusão”. In: *Revista Brasileira de Educação*. 11. (p.387-404). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n33/a02v1133.pdf>. Acesso em: 28/2/2015, às 11h20m.

MENEGOTTO, L.M.O. et al (2010). “Inclusão de alunos com Síndrome de Down: Discursos dos Professores”. In: *Fractal:Revista de Psicologia*. 22. (p.155-168). Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/461>. Acesso em: 25/6/2016, às 23h00m.

MINAYO, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (8ª ed.). São Paulo (SP): Hucitex.

MITTLEER, P. (2003). *Educação inclusiva: contextos sociais*. Porto Alegre: Artmed.

OLIVEIRA, C. e CASTANHARO, R. C. T. O. (2008). “Terapeuta Ocupacional como facilitador do processo de educação de crianças com dificuldades de aprendizagem”. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 16. (p.91-99). Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/123>.

Acesso em: 20/6/2015, às 14h00m.

PELOSE, M. B. e NUNES, L. R. D. P. (2011). “A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva”. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 22. (p.52-59). Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/14120-17098-1-PB.pdf>. Acesso em: 12/6/2015, às 15h30m.

PEREIRA, F. J. R., SANTOS, S. R., e SILVA, C. C. (2011). “Política de formação inclusiva: percepção de gestores sobre processo de mudanças em Instituições de Ensino Superior”. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64. (p.711-716). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a13v64n4.pdf>. Acesso em: 12/6/2015, às 16h40m.

PICCININI, W.J. (2006). “História da Psiquiatria: a guerra do Eletrochoque (ECT)”. In: *Psychiatry on line Brasil*. 11. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0706.php>. Acesso em: 28/6/2016, às 23h30m.

PINHEIRO, P. (2016). *Epilepsia e Crise Convulsiva – Sintomas e Tratamento*. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2010/06/epilepsia-crise-convulsiva-sintomas.html>. Acesso em: 20/6/2016, às 2h30m.

QUARENTEI, M.S. (1999). Criando lugar(res) par a falta de lugar. In: *Interface*. 5. (p.195-202).

_____. (2001). Terapia Ocupacional e a Produção de Vida. In: *Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*. 7. Porto Alegre.

ROCHA, E. F. (2007). “A Terapia Ocupacional e as ações na educação: aprofundando interfaces”. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 18. (p.122-127). Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/14015-16993-1-PB.pdf>. Acesso em: 2/3/2015, às 13h20m.

ROCHA, E., CASTIGLIONI, M. E. e VIEIRA, R. (2001). “A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional”. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 12. (p.8-14). Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/14120-17098-1-PB.pdf>. Acesso em: 20/6/2015, às 15h10m.

ROCHA, E. F., LUIZ, A. e ZULIAN, M. A. R. (2003). “Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar”. In: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 14. (p.72-8). Disponível em: <http://www.faders.rs.gov.br/uploads/133967912804.pdf>. Acesso em: 20/6/2015, às 14h30m.

ROCHA, N.M.R. (2013). Terapia Ocupacional: independência e autonomia. In: *Diário do Povo do Piauí*. Disponível em: <http://www.diariodopovo-pi.com.br/VerNoticia.aspx?id=17371>. Acesso em: 2/5/2016, às 19h00m.

SABBATINI, R.M.E. *A História da Terapia Por Choque em Psiquiatria*. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>. Acesso em: 20/6/2016, às 23h40m.

SANT’ANNA, M.M.M. (2015). *Instruções de Avaliação do Modelo Lúdico para Criança com Deficiência Física (EIP – ACL): manual da versão brasileira adaptada*. (1º ed), São Carlos: M&M Editora. Disponível em: http://abpee.net/homepageabpee04_06/editora/avaliacao.pdf. Acesso em: 8/7/2016, às 19h.

SAVIANI, D. (2011). Concepções de Escola, Ensino e Aprendizagem. Disponível em: <http://autoresdoensino.blogspot.com.br/2011/12/dermeval-saviani.html>. Acesso em: 4/7/2016, às 22h30m.

SEKKEL, M.C. *et al* (2010). “Ambientes Inclusivos na Educação Infantil: Possibilidades e Impedimentos”. In: *Psicologia em Estudo*. 15. (p.117-126). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100013&lng=pt. Acesso em: 22/5/2015, às 19h15m.

SEVERINO, A.J. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. (23ª ed.). São Paulo: Cortez.

SILVA, B.K.L.N. (2009). Inclusão Escolar de uma Criança com Síndrome de Down. In: *IX Congresso Nacional de Educação*. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2465_1462.pdf. Acesso em: 19/3/2016, às 18h00m.

SUMSION, T. (2003). *Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: Guia para Implementação*. São Paulo: Roca.

TOYODA, C. Y. *et al*. (2007). “O contexto multidisciplinar da prática da terapia ocupacional frente o paradigma da inclusão escolar”. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 15. (p.121-130). Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/141-186-1-PB.pdf>. Acesso em: 5/3/2015, às 17h20m.

TOYODA, C. Y. e LOURENÇO, G. F. (2008). *Educação inclusiva: o contexto da terapia ocupacional*. Brasília: CAPES – PROESP.

TREVISAN, J. G. e BARBA, P. C. S. D. (2012). “Reflexões acerca da atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais”. In: *Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 20. (p.89-94). Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.010>. Acesso em: 27/12/2013, às 18h00m.

ZEN, C.C. e OMAIRI, C. (2009). “O Modelo Lúdico: uma nova visão do brincar para a Terapia Ocupacional”. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 17. (p. 43-51). Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/117/75>. Acesso em: 8/7/2016, às 22h30m.

APÊNDICES

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

PESQUISA: TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA:

Contribuições e Desafios

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar da presente pesquisa.

A pesquisadora, manterá sigilo absoluto sobre as informações aqui prestadas, assegurará o meu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, **além de me dar permissão de desistir**, em qualquer momento, sem que isto me ocasione qualquer prejuízo para a qualidade do atendimento que me é prestado, caso sinta qualquer constrangimento por alguma pergunta ou simplesmente me queira retirar dela.

A pesquisa será realizada pela **mestranda Nívea Maria Ribeiro Rocha da Cunha**, aluna do mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, do seu Instituto de Educação e orientada pelo **Professor Doutor Emmanuel Sabino**.

Fui informado(a) que posso indagar a pesquisadora se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone: (086) 9998.4446, endereço: Rua José Marques da Rocha, Nº05, Conjunto União 1, Bairro Memore, Teresina/PI, CEP: 64009-100 e que, se por tal me interessar, posso receber os resultados da pesquisa quando esses forem publicados. Esta pesquisa corresponde e atende às exigências éticas e científicas próprias do que é determinado pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, que consentimento prévio dado pelo(a) colaborador(a) cujo nome e informações serão guardados pela pesquisadora e, em nenhuma circunstância, eles serão dados a conhecer a outras pessoas alheias ao estudo, a não ser que o(a) colaborador(a) o consinta, por escrito.

Assinatura do (a) participante: _____

Teresina, 17 de novembro de 2014

Pesquisadora Mestranda

Nívea Maria Ribeiro Rocha da Cunha
Sabino

Orientador Científico

Professor Doutor Emmanuel

Apêndice II

QUESTIONÁRIO

Prezados Terapeutas Ocupacionais do Estado do Piauí,

O presente questionário foi desenvolvido com base na pesquisa de CARDOSO e MATSUKURA (2012), tema: Práticas e perspectivas da Terapia ocupacional no Inclusão Escolar.

01. Você realiza ou já realizou em sua atuação profissional, como terapeuta ocupacional, atividade(s) relacionada(s) ao processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais?

() sim () não

Em caso afirmativo, por favor prossiga respondendo ao questionário.

02. Nome (representar com nomes de animais): _____

03. Faixa etária das crianças atendidas:

() 0-5anos () 6-10anos () 11-15anos () 16 ou mais

04. Que(ais) deficiência(s) apresentam:

() deficiência intelectual () deficiência física () deficiência visual

() deficiência auditiva () superdotação

() outras.

Qual(is): _____

05. De que forma sua atuação se relaciona com o processo de inclusão escolar?

() A partir do atendimento em ambiente clínico (consultório, instituição) de crianças em processo de inclusão escolar

() Orientações esporádicas a escolas regulares

() Participação em equipe de apoio em escolas inclusivas regulares

() A partir da atuação em escola especial

() A partir da pesquisa na área da inclusão escolar

() Contratação para atendimento especializado em Terapia Ocupacional em escola regular

() Outras.

Qual(is): _____

06. Que(ais) ação(es) é(são) realizada(s)?

() Orientações dadas à família em relação à escola e à inclusão

() Orientações gerais ao professor na escola regular

() Atividades em ambiente clínico/instituição para o desenvolvimento de habilidades cognitivo-motoras da criança em processo de inclusão escolar.

() Orientações gerais à escola regular

() Orientações específicas sobre uso de tecnologia assistiva e/ou mobiliário

() Treinamento de AVDs na clínica/instituição e orientação para essas atividades na escola regular

() Outras.

Qual(is)? _____

07. Qual(is) intervenção(es) e ação(es) bem sucedida(s) relacionada(s) ao processo de inclusão escolar?

() Inclusão ou inserção na escola regular: preparação e/ou capacitação da escola e dos professores para receber alunos com necessidades especiais e a efetivação da inclusão ou a inserção na escola regular (creches, escolas de ensino infantil e fundamental e universidades)

() Maior participação e autonomia nas atividades escolares e socialização: transformações de comportamento e atitude tanto dos alunos acompanhados no ambiente escolar quanto dos profissionais da escola e dos outros alunos

() Resultados positivos nas adequações e adaptações em sala de aula regular e no desenvolvimento pedagógico: implementação da tecnologia assistiva e da comunicação alternativa e adaptação de atividades pedagógicas;

() Sensibilização, conscientização e discussão com familiares, alunos e profissionais envolvidos com educação especial e com o processo de inclusão escolar

() Desenvolvimento neuropsicomotor ou a “evolução clínica” das crianças em processo de inclusão escolar.

() Outra(s).

Qual(is)? _____

08. Qual(is) obstáculo(s) e desafio(s) encontrado(s) na realização das práticas terapêuticas ocupacionais no processo de inclusão escolar?

() Falta de preparação dos professores para receber alunos com necessidades especiais em suas salas de aula regulares

() Falta de preparação da equipe da escola regular para o processo de inclusão escolar

() Falta de recursos materiais (material para adaptação, dentre outros) na escola regular

() Limitações estruturais da escola regular para a atuação do terapeuta ocupacional na escola

() Limitação de tempo para a atuação do terapeuta ocupacional na escola regular

() Dificuldade da escola regular em receber orientação de terapeutas ocupacionais que atendem na clínica crianças incluídas

() Falta de cooperação dos familiares no trabalho da Terapia Ocupacional

() Falta de cooperação do professor no trabalho da Terapia Ocupacional

() Outro(s).

Qual(is): _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

Nívea Maria Ribeiro Rocha da Cunha

Pesquisadora Mestranda